1. AUTISMUL - UN MIT TENACE Scurt istoric al cercetărilor

William Shakespeare, cu o intuiţie uimitoare, explica raţiunea pentru care mitul copiilor sălbatici devenise oarecum credibil atât în perioada în care a trăit el, cât şi mai târziu. în *Poveste de iarnă,* regele Leontes doreşte moartea noului său născut, dar nu are curajul să comită el însuşi acest act; îi ordonă lui Antigonus să facă acest lucru în locul lui, dar acesta pledează pentru viaţa copilului, până când îl înduplecă pe rege să îl cruţe; acesta decide abandonarea lui în natură, iar Antigonus se roagă pentru sufletul copilului, sperând să fie găsit şi hrănit de vreun animal.

Poveşti străvechi stabiliseră deja o punte între lumea fantastică a fiarelor şi fiinţa umană, relatând experienţele unor copii abandonaţi şi crescuţi de animale. Mai mult, aceste poveşti ofereau şi asigurări legate de soarta acestor copii pierduţi, care nu erau în mod obligatoriu sortiţi pieirii. Mitul "copilului sălbatic" reflectă, cu alte cuvinte, dorinţa generală de a crede într-o natură generoasă, care, într-o manieră sau alta, are grijă de toţi copiii ei. Acest mit explică însă, într-o oarecare măsură, şi faptul că există copii care sunt percepuţi ca total diferiţi şi în raport cu care se manifestă o distanţare evidentă.

Sigur că datele referitoare la aceşti copii sunt destul de vagi, poate cu excepţia acelui caz celebru descoperit în 1799 şi relatat de doctorul Itard - Victor, "sălbaticul de la Aveyron". Astfel, de două sute de ani, istoria reeducării acestui copil şi metodele pedagogice imaginate de doctorul Itard planează încă asupra tehnicilor utilizate pentru readaptarea copiilor deficienţi. S-a remarcat faptul că "sălbaticul" Victor avea o seamă de trăsături caracteristice comune cu mulţi copii care prezintă diverse afecţiuni psihice, copii condamnaţi să-şi petreacă viaţa în instituţii de diferite tipuri.

Istoria ştiinţifică a autismului infantil începe deci cu un secol şi jumătate înainte de Kanner, mai exact în primele zile ale secolului al XIX-lea când acel copil sălbatic, capturat de vânători într-o pădure din Franţa, este adus Ia Paris. Obiect al curiozităţii într-o epocă în care, pe de o parte, psihiatria se constituie ca disciplină medicală şi, pe

altă parte, se pun întrebări legate de măsura în care ideile sunt înnăscute sau dobândite prin educaţie, "sălbaticul" de la Aveyron declanşează, încă de la sosire, polemici extrem de vii.

Descriindu-l pe Victor, doctorul Itard surprinde elemente extrem de interesante care, de-a lungul timpului, au dat naştere la o serie interminabilă de supoziţii. Astfel, ochii lui Victor par a se fixa doar pe obiectele strict legate de propria subzistenţă, privirea lui "hoinăreşte" vag, fără a arăta o intenţie directă, oprindu-se eventual, pentru o clipă, asupra vreunui obiect care îi produce uimire. Trăsăturile feţei sale sunt animate uneori de hohote de râs nemăsurate, care apar la diverse intervale, fără a avea vreo cauză evidentă.

Afecţiunea lui se îndreaptă doar spre o serie de obiecte sau alimente care îi creează satisfacţii, iar îndepărtarea acestora îi provoacă adevărate crize de furie.

Itard notează în mai multe rânduri faptul că Victor nu ar da dovadă de sensibilitate nici la rece, dar nici la o căldură puternică. De asemenea, urechea sa pare foarte selectivă şi de o sensibilitate specială: de exemplu, zgomotul unei nuci sparte sau unul legat de alt element comestibil pe gustul său îl face să se întoarcă, în timp ce un zgomot puternic, o explozie nu are nici un efect asupra sa. Itard remarcă, de asemenea, faptul că simţul apropierii este mult mai viu decât cel al distanţei.

Toate aceste observaţii sunt dovada existenţei unor similtudini între caracteristicile copilului "sălbatic" din Aveyron şi unii copii pe care actualmente ştiinţa îi denumeşte autişti.

Un aspect care a dat şi continuă să dea de gândit este modul în care procedeele folosite de Itard pentru reeducare au contaminat, cu timpul, însăşi educaţia, în special în ceea ce priveşte copiii mici, fără îndoială sub efectul unei teorii prea simple asupra dezvoltării intelectuale - teorie care va fi, de altfel, implicată ulterior în noţiunea de coeficient de inteligenţă. Această teorie duce la presupunerea că metodele considerate valabile pentru un copil deficient trebuie să fie luate ca atare şi pentru un copil normal mai tânăr, cu un alt coeficient, desigur, dar cu aceeaşi vârstă mintală. Convingerile filosofice ale lui Itard şi formaţia sa de medic îl conduc către o atitudine empirică, în speranţa obţinerii unor tipuri de instruire adecvate. Din moment ce "sălbaticul" reprezintă "starea naturii", el va trebui să înveţe tot ce nu îi este oferit de către natură. Doctorul împrumută din medicină spiritul de observaţie, metoda bazată pe încercare şi eroare, care poate

constitui, de fapt, o fenomenologie empirică. Cu toate acestea, el nu va aplica micului "sălbatic" un tratament medical în sens tehnic, Victor având o "sănătate de fier". Ceea ce va propune Itard nu poate fi realmente considerat ca demers terapeutic.

în momentul în care se pune problema limbajului, ies la iveală imperfecţiunile preconceptelor sale. Victor a demonstrat că ştie să-şi comunice trebuinţele, nu numai fără a folosi vorbirea, dar şi fără vreun limbaj în adevăratul sens al cuvântului, Itard remarcând faptul că el nu foloseşte un limbaj gestual, ci un "limbaj acţionai", adică ceva care nu se constituie într-un limbaj propriu-zis. întâlnirea cu mutismul "sălbaticului" dobândeşte astfel un aspect patetic, drama pedagogică ajungând într-un punct mort. Acest prim eşec nu va însemna însă un final, reeducarea va continua cu alte metode poate tot atât de neadecvate, dar semnificative.

Renunţând să-şi determine pacientul să vorbească, Itard va încerca să creeze o modalitate de comunicare prin scris. El imaginează şi construieşte un joc din litere mobile (cel care va fi ulterior perfecţionat de Maria Montessori) şi va încerca să creeze asociaţii între cuvintele formate cu literele respective şi obiectele pentru care acestea vor deveni semne. Cuvintele care îi sunt prezentate lui Victor devin, evident, obiecte care se găsesc într-un

raport de corespondenţă cu alte obiecte; faptul că sunt construite din litere mobile, deci că sunt într-o oarecare manieră "articulate", nu face din ele decât obiecte de-montabile sau compuse. Victor nu învaţă în acest mod ce este limbajul, ci posibilitatea de a înlocui un obiect cu un altul asemănător.

Itard şi-a început primul raport prin a reaminti ignoranţa secolelor trecute. Copiii "sălbatici" au fost studiaţi înaintea sa. Dar, afirmă el, "în acele timpuri trecute într-atât era de total defectuos demersul studiului, al ştiinţei, înglodată în mania explicaţiilor, în incertitudinea ipotezelor şi în munca exclusivă de cabinet, încât observaţia nu valora nimic, iar o serie de fapte extrem de preţioase au fost pierdute pentru istoria naturală a omului".

în contextul creat de cercetările lui Itard şi de eşecurile sale, un alt reprezentant al cercetării franceze în domeniu, Edouard Seguin (1846), reia problematica acestor copii bizari şi îi reproşează lui Itard dominanţa inspiraţiei metafizice, dorind un plus de concret în ceea ce el numeşte "educaţie fiziologică". Seguin, cu un simţ clinic uimitor, începe prin a descrie în mod minuţios semnele a ceea ce continuă să denumească "idioţie", conferindu-i însă acesteia un sens nou, cu

referire explicită la etimologie. Astfel "idiotul" lui Seguin, are, cu un secol înainte, figura autistului descris de Kanner. De asemenea, în schema de tratament, Seguin preconizează înmulţirea exerciţiilor, încercând reeducarea şi stimularea funcţiilor esenţiale: sensibilitatea, motricitatea, memoria, imaginaţia.

Istoria nu este însă, practic, niciodată lineară şi permite deseori coexistenţa unor reminiscenţe ale trecutului cu promisiunile viitorului. încă de Ia sfârşitul secolului al XIX-lea, anumiţi specialişti formulează ipoteze şi îşi pun întrebări în ce măsură se poate vorbi de alienare la copii, aspect pe care alţii îl neagă cu desăvârşire. Apar însă lucrări care contrazic ultimul punct de vedere. Un cercetător francez, Moreau fiul, îndrăzneşte să-şi intituleze una dintre lucrări *Nebunia la copil,* iar un autor italian, Sânte de Sanctis, descrie "demenţa precocissima".

Puţin mai târziu, debutează în Statele Unite ale Americii, discuţiile despre schizofrenia infantilă, adică încercările de a găsi în copilărie premisele sau formele precoce ale maladiilor mentale ale adultului. Este momentul în care se impune Leo Kanner (1943), pediatru american care descrie comportamentul a 11 copii autişti; chiar dacă termenul de autism este împrumutat din psihiatria adultului (desemnând, în opinia elveţianului Bleuler, unul din semnele fundamentale ale schizofreniei), originalitatea sa este aceea de a surprinde o tulburare specifică a copilăriei, diferită de patologiile care apar mai târziu.

Contemporan cu Kanner, un austriac, Hans Asperger, descrie la Viena, în aproximativ aceiaşi termeni, o patologie foarte asemănătoare. Din cauza condiţiilor dificile din perioada respectivă şi a războiului, cei doi autori nu pot să comunice şi nu îşi vor cunoaşte reciproc lucrările decât ulterior. Dar în timp ce Kanner îşi înscrie tabloul clinic

în cadrul mai general al psihozelor infantile, Asperger insistă asupra diferenţelor existente între ceea ce el denumeşte o "psihopatie", realizând un tip de particularitate constituţională a personalităţii, şi o tulburare mentală propriu-zisă. El insistă, de asemenea, asupra competenţelor, uneori paradoxale, ale pacienţilor săi, care, exploatate adecvat, ar putea fi utilizate pe plan social; autorul vienez nu ezită să dea şi o definiţie, în care afirmă că autismul ar constitui "o modalitate originală de gândire şi de experienţă, care poate să conducă la reuşite excepţionale în cursul vieţii". Fără îndoială, Asperger avea de-a face cu cazuri mai puţin serioase decât

colegul lui american, dar trebuie luat în considerare şi contextul politic în care se lucra. In perioada regimului nazist, un diagnostic de psihoză echivala cu o condamnare la moarte. Sindromul lui Asperger este considerat, în clasificările internaţionale aflate în vigoare, ca o formă de autism atenuat, cu conservarea capacităţilor intelectuale.

Chiar dacă ţinem cont de părerile acestor "pionieri" ai domeniului, pentru cercetătorul actual este evident că ceea ce cuprinde astăzi termenul de "autism" include fenomene extrem de variate, la simptomele iniţiale descrise de aceştia adăugându-se altele, foarte numeroase. Este cunoscut faptul că majoritatea copiilor cu autism kannerian prezintă deficienţe serioase, cei mai mulţi dintre ei fiind subiecţi şi ai unor crize nervoase, în cursul cărora se manifestă diverse semne şi simptome neurologice "benigne" - o gamă largă de mişcări repetitive sau automate de tipul spasmelor, ticurilor, balansărilor ritmice, rotaţii ale corpului, jocuri implicând degetele sau bătăi din palme, probleme de coordonare şi echilibru, precum şi posibile dificultăţi specifice de iniţiere a unor mişcări, apropiate de akineziile parkinsoniene. In multe cazuri, se observă şi un vast evantai de reacţii senzoriale (deseori paradoxale) foarte marcate, în cadrul cărora senzaţiile sunt când intensificate sau chiar intolerabile, când atenuate sau absente (inclusiv percepţia durerii). La toate acestea, se adaugă, în cazul achiziţiei limbajului, tulburări diverse ale acestuia, complexe şi bizare.

Kanner şi Asperger au realizat însă tablouri clinice şi descrieri atât de clare şi de precise, încât chiar şi actualmente acestea pot servi drept modele. începând din anii '70 s-au realizat studii mai sistematice asupra structurii mentale autiste, prin contribuţiile lui B. Hermmelin, N. O'Connor şi L. Wing. Lucrările acestei echipe formate în spiritul psihologiei cognitive au sugerat existenţa unei probleme centrale, comună tuturor autiştilor, care s-ar traduce printr-o triplă deficienţă: insuficienţa interacţiunilor sociale, insuficienţa comunicării verbale şi nonverbale şi insuficienţa jocului şi activităţilor imaginare. Conform acestor lucrări, apariţia conjugată a acestor deficite nu ar fi întâmplătoare, deoarece ar decurge dintr-o unică perturbare fundamentală de dezvoltare. Iar în această optică, copiii autişti ar fi incapabili să conceapă şi să perceapă "spiritul", atât pentru ei înşişi, cât şi pentru ceilalţi, nereuşind dezvoltarea unei "teorii a spiritului".

Revenind însă la Kanner, ceea ce-l frapează în mod particular la cele 11 cazuri studiate de el iniţial, poate fi rezumat în următoarele

trăsături:

- lipsa profundă de atracţie afectivă a subiectului autist pentru alte fiinţe umane;
- nevoia imperativă de a menţine mediul înconjurător neschimbat;
- fascinaţia pentru unele caracteristici ale obiectelor şi pentru mişcările, cu deosebire stereotipe, ale acestora;
- absenţa completă a limbajului sau întârzierea apariţiei sale şi constituirea lui, în acest din urmă caz, cu numeroase tulburări de pronunţie şi de expresie.

Kanner presupunea că aceste tulburări sunt prezente din primele zile de viaţă, dar că aptitudinile intelectuale ale acestor copii sunt, de fapt, intacte, ipoteză infirmată de cercetările ulterioare. Kanner ezită în faţa problemei privind originea ori cauzele posibile ale autismului. El îl consideră mai întâi ca un deficit al dotării native a copilului: "Trebuie să credem că aceşti copii au venit pe lume cu o incapacitate care le face imposibilă stabilirea de relaţii cu alţii".

Autismul, ca manifestare, a existat, desigur, dintotdeauna. Kanner nu l-a descoperit propriu-zis; îi datorăm însă faptul că l-a introdus în mediul medical şi că a grupat diferitele semne corelate într-un sindrom pe care l-a numit *autism infantil precoce.* Astăzi se ştie că aceste dificultăţi verbale, perceptive şi de adaptare socială persistă tot timpul vieţii, sub diferite forme, chiar dacă termenul generic întâlnit în studiile de specialitate este acela de *autism.*

In anii '50, în S.U.A., debutează o perioadă în care psihanaliza cunoaşte o dezvoltare majoră. Teoriile lui M. Mahler si B. Bettelheim despre autism dobândesc atunci un succes imens, iar interpretările cele mai diverse abundă. Se realizează, astfel, o relaţie între trăsăturile de personalitate presupuse negative ale părinţilor şi patologia copilului autist. în acelaşi context, un alt psiholog american, Bender (1959), nu percepe autismul ca o disfuncţie înnăscută a SNC, ci ca o reacţie defensivă. Goldstein (1959) îl consideră, de asemenea, ca o apărare secundară împotriva unei deficienţe organice. Disfuncţia este, după el, incapacitatea copilului autist de a dezvolta o gândire abstractă.

Rezultatele terapiei psihanalitice întârzie însă să apară; în aceste condiţii, prinde contur curentul comportamentalist. Izvorât din aceeaşi teorie conform căreia copilul autist este "blocat într-o reţea de reîntăriri negative" ţesută de mediul parental nociv, acest curent va

cunoaşte un succes neaşteptat în anii '60. Tehnicile comportamentale au într-adevăr avantajul de a structura mediul înconjurător, de a dezvolta motivaţia, şi chiar dacă nu duc

la vindecare, ele determină o diminuare a angoasei autistului şi o ameliorare consecutivă a tulburărilor.

Astfel, Goshen (1963) a realizat studii cu copii autişti şi le-a extins asupra familiei copiilor. EI scoate în evidenţă impactul comportamentului mamei care nu a reuşit să-şi stimuleze copilul în perioada critică, în special aceea din primele 6-l8 luni de viaţă. Ca rezultat, copilul poate să nu reuşească să prindă semnificaţia limbajului şi să ajungă eventual la o retardare mintală. Spitz (1964), care iniţial a accentuat efectele dezastruoase ale absenţei stimulării, a manifestat apoi o preocupare identică pentru condiţiile opuse, afirmând că la copiii destinaţi să devină autişti sensibilitatea crescută la emoţiile mamei poate fi atât de mare încât ei încearcă, prin apărare, să refuleze ceea ce este prea destructiv pentru ei.

Prin anii '70, lucrări sistematice confirmă însă faptul că personalitatea părinţilor sau modul de educaţie nu constituie originea autismului copilului. Se revine, de fapt, la primele concluzii ale lui Kanner.

Vom regăsi, pe de altă parte, în bibliografie, şi o altă întrebare constantă care vizează relaţia *autism/psihoză.* Autismul a fost, în fapt, timp îndelungat, greşit considerat ca o formă de schizofrenie infantilă. Multe dintre formele precoce ale acesteia încep însă rareori înaintea pubertăţii şi, în acest caz, dezvoltarea socială şi cea a limbajului nu sunt calitativ perturbate în prima copilărie. Termenul psihoză nu convine, deoarece copilul nu deformează realul după ce şi l-a reprezentat, el dă mai curând impresia unui delir care nu prezintă semnele caracteristice ale delirului psihotic, iar acţiunea neurolep-ticelor, cunoscute pentru efectele lor benefice în psihoze, este aici extrem de limitată.

în spaţiul comentariului psihologic, mai mult sau mai puţin avizat, termenul autism va fi întrebuinţat şi în mod abuziv pentru a descrie orice conduită sau orice trăsături de personalitate care implică izolarea, refuzul sau retragerea, oricare ar fi originea acestora. Or, şi în autism, ca şi în orice sindrom, coerenţa este dată de prezenţa simultană a mai multor semne corelate. Din păcate, mulţi autori nu au dat, în acest sens, dovadă de rigoarea necesară. B. Bettelheim, când vorbea despre autism în filmele şi cărţile sale, nu lua în considerare, de

exemplu, decât disfuncţiile sociale, reunind astfel suferinţe distincte sub aceeaşi denumire: copii caracteriali sau agresaţi social, copii cu carenţe senzoriale ori autişti veritabili, pentru care prognosticele şi metodele de tratament erau, în realitate, total diferite.

Definiţiile aveau să se multiplice pe parcurs şi să fie din ce în ce mai fanteziste şi personale, culminând cu propoziţia cunoscută: "este autist pentru că o simt". Aceste definiţii aveau să creeze, după cum era de aşteptat, confuzii legate de metodele de

tratament, ori de aşa-zisele vindecări sau remisiuni spontane. Este important de ştiut că, în cazul autismului diagnosticat, în toată literatura de specialitate nu apare, de fapt, nici un caz vindecat.

Cu alte cuvinte, de-a lungul istoriei, începând de la Bleuler care, în *Tratatul* său afirma: „numim *autism* detaşarea de realitate, asociată cu o predominare relativă sau absolută a vieţii interioare", până la autorii contemporani care definesc autismul în termeni de anomalii sociale, comunicative şi imaginative, punând accentul pe absenţa interacţiunilor sociale reciproce şi a empatiei, pe inabilitatea angajării şi menţinerii unei conversaţii, pe o gamă restrânsă de gânduri şi interese, pe absenţa jocului imaginativ, pe insistenţa păstrării mediului neschimbat şi pe comportamentele repetitive şi stereotipe, au existat numeroase opinii privitoare la acest sindrom complex.

Iată de ce rigoarea definirii devine imperios necesară, iar delimitarea (diagnosticul diferenţial) este esenţială pentru tratarea corectă a cazului.

2. ETIOLOGIA AUTISMULUI INFANTIL -O PROBLEMĂ CONTROVERSATĂ

2.1. Teoriile psihogenetice

Ipotezele psihogenetice asupra autismului au fost formulate în anii '50, într-o perioadă în care, practic, nu exista nici un mijloc de investigare a sistemului nervos central. Ele au fost în consecinţă construite, nu pe baza unor date ştiinţifice sau a unor studii epidemiologice, care să permită decelarea unui factor de risc sau a unei cauzalităţi, ci plecând de la interpretarea unor observaţii izolate şi mai ales de la o serie de analogii. Dintre acestea se pot aminti observaţiile Iui Harlow (1958), care descria tulburările de comportament la puiul de maimuţă separat de mamă, ori descrierea "hospita-**lismului**" de către Spitz, sub forma unor reacţii de tip depresiv şi a unor dificultăţi relaţionale, la copiii separaţi de mamă de timpuriu.

Ipoteza psihogenetică a fost formulată în trei moduri:

- autismul s-ar dezvolta doar pe baze psihogene;

- ar exista două tipuri de autism - unul asociat unei patologii organice şi celălalt determinat de factori psihogeni;

- autismul ar fi rezultatul unui accident organic înnăscut
combinat cu un stres psihogen.

Kanner a infirmat însă în mod public aceste ipoteze, invalidate ulterior şi de numeroase studii epidemiologice.

Aceste studii au demonstrat faptul că părinţii copiilor autişti nu erau diferiţi de alţii în privinţa stilului educativ, a patologiei psihoafective, a acceptării copilului lor şi a calităţii relaţionale cu acesta.

De asemenea, datorită analizelor clinice de fineţe s-au putut diferenţia "hospitalismul" sau consecinţele carenţelor afective, de autism. In cazul carenţelor afective este vorba de un retard omogen de dezvoltare, în vreme ce în cazul autismului acest retard este dizarmonic şi eterogen. Este adevărat faptul că şi copiii victime ale carenţei afective prezintă stereotipii, dar acestea sunt diferite de cele din autism, iar pe de altă parte, spre deosebire de copiii autişti, aceştia

caută deseori privirea cuiva şi participă foarte rapid la jocuri, alături de alţi copii. Trebuie menţionat şi faptul că tabloul carenţei afective diminuează în momentul în care copiii primesc dragostea şi atenţia necesară.

2.2. Teoriile cognitiviste

Aspectul care frapează în cadrul expunerii acestor ipoteze este contrastul existent între date care, în marea lor majoritate, converg către tulburări ale relaţiei şi simbolizării, în timp ce modelele teoretice propuse fac apel la anumite disfuncţii, chiar leziuni organice. Sunt îndepărtate *a priori* ipotezele etiologice bazate pe anomaliile precoce ale reacţiilor psihice faţă de anturaj. In măsura în care sunt recunoscute perturbări ale răspunsurilor anturajului, acestea sunt întotdeauna considerate ca o consecinţă a autismului copilului şi nu ca un aspect determinant al acestuia.

Ipotezele cognitiviste se bazează, în principal, pe date experimentale, pe o concepţie etiologică a sindromului care exclude modelele cauzalităţii non lineare, suprimând orice referinţă la efectele patogene ale anomaliilor interacţionale, deci orice psihogeneză, în favoarea unui punct de vedere organogenetic. Aceste ipoteze se pot subdivide în mai multe categorii.

2.2.1. Teoria lingvistică

Rutter a susţinut în 1985 o ipoteză lingvistică, în care propunea ca tulburare cognitivă de bază în autism, o anomalie cognitivă care include limbajul, extinzându-se şi la funcţiile sale de secvenţialitate, de abstractizare şi de codare. Ipoteza sa se bazează, pe de o parte, pe tulburările limbajului şi ale cogniţiei relevate la copilul autist şi, pe de altă parte, pe datele familiale. El a demonstrat faptul că fraţii şi surorile autiştilor prezintă în mod semnificativ mai multe întârzieri ale limbajului, tulburări ale învăţării lecturii şi un coeficient de inteligenţă verbală mai scăzut, decât cei dintr-un grup de control selectat în mod corespunzător. De aici, ipoteza sa conform căreia în autism ar exista un factor etiologic ereditar, dar nespecific, deoarece ar dirija funcţiile cognitive generale; expresia acestui factor s-ar manifesta în cadrul aceleiaşi familii în mai multe modalităţi, autismul constituind una dintre ele.

Fără îndoială, datele existente în cadrul acestei teorii sunt corecte în mare parte, dar interpretarea pe care Rutter o oferă este oarecum discutabilă în măsura în care se cunosc şi alte modalităţi de trasmitere familială decât cea ereditară, de exemplu, cea culturală, de identificare etc.

2.2.2. Teoriile perceptive

Anomaliile perceptive existente în autism au condus la formularea a trei ipoteze:

a) Ipoteza dominanţei simţurilor proximale este prima apărută, aparţinându-i lui Goldfarb (1956) şi preluată apoi de Schopler (1965). Conform acestei ipoteze, autiştii ar utiliza în mod preferenţial simţurile proximale (tactil, gustativ, olfactiv), fapt caracteristic unui prim stadiu de dezvoltare senzorială, pe care nu l-ar depăşi pentru a trece la etapa următoare, în care sunt investite simţurile distale (văz, auz). Această ipoteză este însă abandonată deoarece cercetările nu au confirmat cele două etape ale dezvoltării senzoriale a copilului; pe de altă parte, autistul prezintă atât anomalii ale simţurilor distale, cât şi ale celor proximale: insensibilitate la durere, la frig şi la cald.

b) Ipoteza hiperselectivităţii stimulilor a fost propusă de Lovaas, Schreibman, Koegel şi Rehm (1971); conform acesteia, copilul autist ar reacţiona în manieră prea exclusivă la o parte a unui mesaj, acordând atenţie unor detalii, în detrimentul altor aspecte semnificative ale situaţiei. Această hiperselectivitate nu este însă specifică, putând fi observată şi în cazul altor copii deficienţi, fără autism.

c) Ipoteza instabilităţii perceptive, propusă de Ornitz şi Ritvo în 1968, constă în ideea conform căreia copilul autist ar fi incapabil să moduleze *input-urtie* senzoriale cu *output-wile* motorii, ceea ce s-ar traduce printr-un model neobişnuit al mobilităţii oculare. Această ipoteză nu permite însă explicarea unor performanţe perceptivo-motrice ale autiştilor.

2.2.3. Teoria hemisfericităţii include autismul în cadrul tulburărilor care rezultă datorită unor anomalii ale dominanţei cerebrale. Unii autori (Baltaxe, Simmons, 1981) au presupus o dominanţă cerebrală dreaptă la copiii autişti. Wetherby (1984) remarcă însă faptul că achiziţia limbajului de către autişti nu seamănă cu cea a

subiecţilor cu emisfera dreaptă izolată (sărăcia achiziţiilor sintactice, comparativ cu cele semantice), ci ar avea un profil complet opus.

2.2.4. Teoriile metareprezentaţionale

Uta Frith (1987) a propus termenul de "metareprezentare" pentru a desemna capacitatea de reprezentare a stării mentale a unei alte persoane într-o situaţie dată; ea a afirmat

faptul că tulburarea de bază a sindromului autist ar fi tocmai *incapacitatea de meta-reprezentare.* Această funcţie elaborată ar putea fi localizată într-o arie cerebrală - în sistemul limbic, în opinia lui Hobson, şi în amigdală în opinia lui O'Connor. Frith şi O'Connor consideră tulburările metareprezentaţionale esenţialmente de natură cognitivă: ar fi vorba de o incapacitate înnăscută de reprezentare a altcuiva ca *loc* de gânduri şi dorinţe autonome, ceea ce aceşti autori numesc *"theory of mind"*.

Pentru Hobson însă, deficitul de comunicare emoţională ar reprezenta carenţa primară care l-ar împiedica pe copilul autist să intre într-o interacţiune afectivă cu un partener; tulburarea metarepre-zentaţională ar fi secundară, iar capacitatea de simbolizare a copilului ar depinde tocmai de (in)capacitatea de a împărtăşi experienţele cu ceilalţi, în cadrul acestor experienţe, copilul devenind conştient de existenţa mai multor puncte de vedere, apropiate între ele, dar diferite, asupra unui acelaşi obiect, eveniment sau situaţie. Posibilitatea subsumării acestor puncte de vedere diferite ar constitui procesul de simbolizare.

2.3. Teoriile etologice

Etologia, care studiază comportamentul animal şi uman în mediul natural, se sprijină, în principal, pe aspectele obiective ale comportamentului, îndepărtând orice ipoteză legată de stările psihice nonobservabile. Subiectul de studiu al etologului îl constituie modalităţile specifice de interacţiune a individului cu mediul său şi nu cercetarea mecanismelor generale de învăţare, aşa cum este cazul behaviorismului, şi nici cercetarea stărilor iniţiale, cum este cazul ştiinţelor cognitive. Ideea de a pune în evidenţă invariante caracteristice ale speciei subînţelege, în mod cert, existenţa unor factori constituţionali. Cu toate acestea, etologia nu urmăreşte reducerea conduitelor animale şi umane la mecanisme pur biologice. Procesul de

interacţiune cu mediul, mecanismele declanşatoare au tot atât de multă importanţă ca şi factorii constituţionali.

Autismul infantil s-a înscris rapid ca un domeniu privilegiat al etologiei umane. încă din 1966, Hutt şi colaboratorii săi au realizat un studiu etologic al stereotipii lor autistice, demonstrând multiplicarea acestora în cazul creşterii complexităţii mediului. Aşa cum am amintit anterior, etologii îşi desfăşoară studiile cu precădere în mediul natural; cu toate acestea, nu e exclusă variaţia acestui mediu pentru observarea consecinţelor lui asupra comportamentului copilului (de exemplu, introducerea în mediu a unei persoane necunoscute, separarea copilului de o persoană cunoscută etc.). Culegerea datelor face apel, în acelaşi timp, la observaţia cercetătorului şi a notiţelor sale şi la mijloacele de înregistrare obiectivă (magnetofon, magnetoscop). In scopul studierii autismului, etologii au recurs la trei tehnici: observaţia directă, studiul filmelor familiale şi observaţia participativă.

In cadrul *observaţiei directe,* cercetătorul încearcă evitarea interferării cu fenomenele observate, dar şi înregistrarea cât mai fidelă a secvenţelor comportamentale. Pentru evitarea interferării, sunt folosite diferite tehnici de disimulare: observatorul se poate ascunde în spatele unei oglinzi neargintate, camerele video sunt deseori camuflate. (Pentru înregistrarea cât mai fidelă a secvenţelor comportamentale, etologul recurge nu numai la propriile sale observaţii, dar şi la sisteme de înregistrare obiectivă.)

Studiul filmelor familiale a fost propus de către Massie în 1978. El a studiat o serie de filme realizate de părinţi în cursul primei copilării a unui autist. Aceste filme au fost apoi comparate cu unele asemănătoare realizate de părinţi ai unor copii normali.

Observaţia participativă a fost utilizată de către J.-M. Vidai (1990) în cadrul unor studii cu autişti deveniţi adulţi. Această metodă constă în a lăsa subiectului iniţiativa interacţiunilor într-un cadru precis de observaţie. Interacţiunea, odată iniţiată de subiect, antrenează un răspuns al observatorului, care se sprijină pe cuvintele subiectului, pe gesturile sau mişcările sale stereotipe, pentru a-l relansa - mai întâi, prin imitarea lor fidelă, apoi prin repetarea lor cu variaţii de tonalitate sau ritm şi, în sfârşit, prin încercarea de introducere a reciprocităţii, a aşteptării rândului în dialog sau realizarea de gesturi. Elementele obţinute sunt notate în manieră neselectivă, într-un tabel cu două coloane, una corespunzătoare "referinţei", adică raportului elementului observat cu contextul şi cea

de a doua "relaţiei", adică a raportului dintre diferitele elemente observate.

Faptele şi teoriile etologice privind autismul pot fi grupate în următoarele categorii:

a) Disfuncţiile interactive precoce

Studiile filmelor familiale au arătat faptul că, cel mai adesea, autismul infantil era precedat de disfuncţii interactive precoce cu următoarele caracteristici: distorsiuni ale articulării privirii cu motricitatea, dizarmonii ale repartiţiei tonusului postural, perturbări ale atenţiei conjugate, modificări ale ritmului angajamentelor interactive cu disincronie, dizarmonie a interacţiunilor mimice, caracter incomprehensibil şi nefamiliar al emoţiilor resimţite de spectatorii filmului, diminuarea transformărilor unui mod interactiv în altul, repetarea scenariilor interactive (Mazet, 1990).

b) Deficitele comportamentale/de ataşament

în 1970, Bowlby semnala o caracteristică a acestor deficite la copiii autişti - nerecurgerea, ca în cazul altor copii, la consolarea maternă în momentele de oboseală sau suferinţă. Szurek (1973) a descris aşa numita "detaşare psihotică", ce ar fi caracteristică acestor copii, interpretând interesul autiştilor pentru obiectele fără viaţă ca o manifestare a unei deviante a conduitelor de ataşament. Pe de altă parte, Ainsworth (1982) a denumit "evitare anxioasă" un tip de comportament pe care ea l-a interpretat ca un ataşament negativ: necăutarea reconfortului fizic lângă mamă, evitarea privirii, îndepărtare fizică

activă când copilul este luat în braţe. De aici, a fost elaborată ipoteza conform căreia, în cazul autismului, ataşamentul faţă de o persoană ar fi înlocuit de un ataşament faţă de calităţile senzoriale ale unui obiect.

c) Conflictele motivaţionale

E. A. şi N. Tinbergen (1983) au susţinut o teorie etologică asupra autismului bazată pe noţiunea de "conflict motivational". Ei îşi construiesc ipoteza pe existenţa unor analogii între unele comportamente ale copiilor autişti şi comportamentele de reorientare şi de deplasare ale animalelor, ca răspuns la conflictele motivaţionale între apropiere şi evitare.

Ei au notat prezenţa, la copilul autist, a unor sisteme motivaţionale antagoniste: dorinţa de explorare a mediului şi frica de stimulările suscitate de această explorare. Acest conflict se rezolvă prin oprirea procesului de explorare. Conform ipotezei acestor autori, întâlnirea copilului cu un adult se traduce printr-un conflict între dorinţa de apropiere de acesta şi dorinţa de evitare a lui. Copilul manifestă atunci secvenţe comportamentale în care se împletesc apropierea şi evitarea. Evitarea ar fi legată de o teamă faţă de adult, impresionant prin talia sa şi putând emite, inconştient, semnale agresive, în mod normal, acest conflict este evitat datorită răspunsurilor parentale care suprimă orice atitudine agresivă în manifestarea lor, încurajând socializarea copilului prin dovezi de tandreţe. în cazul în care părinţii nu prezintă aceste atitudini sau dacă îşi expun în mod exagerat copilul la contacte cu persoane străine, poate să apară, în opinia autorilor menţionaţi, o evoluţie autistică, favorizată eventual de predispoziţiile genetice ale copilului sau de anomalii date de leziuni neurologice.

Autorii au propus şi o serie de măsuri terapeutice care decurg din ipotezele lor teoretice. Ei au descris o tehnică de "îmblânzire", care constă în a-I lăsa pe copil să se apropie de adult, fără ca acesta să pară a-i acorda o atenţie susţinută. în cursul acestei apropieri, terapeutul încearcă să comunice cu copilul cu privire la părinţii lui în termeni pozitivi; la început, el evită contactul vizual cu copilul, respectă obiectul sau colţul favorit; doar după mai multe apropieri, adultul iniţiază contacte vizuale în manieră gradată şi ludică, ajustându-şi comportamentul la răspunsurile copilului. Această tehnică a evoluat treptat spre ceea ce astăzi se numeşte *holding,* un apel la procedee de condiţionare operantă şi de stimulare a comportamentelor materne.

d) Abordarea din spate

Datorită analizelor realizate pentru fiecare imagine din filmele cu copii autişti, Soulayrol şi colaboratorii săi (1987) au putut să demonstreze existenţa la aceştia, nu numai a unui conflict motivational între apropiere şi fugă, dar şi a preferinţei pentru abordarea din spate. Este vorba, în acest caz, de un comportament complet opus faţă de cel al copiilor normali, care se simt în siguranţă printr-o abordare frontală şi, dimpotrivă, pot fi speriaţi la o abordare din spate.

2.4. Teoriile psihodinamice

2.4.1. Teoria sistemică, izvorâtă din lucrările lui Bateson (1956), concepe tulburările mintale ale unui individ, ca fiind rezultatul unor disfuncţii ale comunicării în cadrul familiei. Familia este concepută ca un sistem, ca o structură de organizare care nu se poate reduce la o simplă însumare a indivizilor ce o compun: într-un sistem, fiecare element este dependent de ansamblu, iar modificarea unui singur element modifică întreg ansamblul.

Definiţia dată "legăturii duble" de către Bateson a inaugurat cercetările de psihopatologie sistemică: este vorba de o modalitate de comunicare între cel puţin doi indivizi, în care unul din parteneri, "victima", este supus, în manieră repetitivă, la o serie de incitări contradictorii, însoţite de ameninţări cu pedeapsa sau catastrofa, în cazul în care subiectul nu răspunde în mod adecvat acestor incitări. Acest concept a fost folosit pe scară largă în explicarea genezei schizofreniei, dar nu a fost propriu-zis utilizat direct în studiul autismului infantil.

2.4.2. *Fenomenologia* îşi are originea în reflecţii filosofice profunde asupra raporturilor subiectului cu obiectele percepţiilor şi cunoştinţelor sale. In locul conceperii acestor raporturi în mod direct, fenomenologia ridică problema raporturilor subiectului cu esenţa experienţelor sale cu obiectele. Această deplasare de accent a suscitat interesul psihiatrilor nesatisfăcuţi de descrierile semiologice ale psihiatriei clasice, care, în opinia lor, treceau pe lângă esenţa aspectului psihopatologic şi a semnificaţiei sale profunde. In noua abordare, stările psihopatologice nu mai sunt analizate în termeni de elemente discrete, simptome care se combină în cadrul unui sindrom, ci în termeni de "proiect", de "timp trăit", de "spaţiu trăit", altfel spus ca axe ale experienţei psihice ce definesc "intenţionalităţile".

Psihozele constituie domeniul privilegiat al explorării fenomenologice, dar este vorba aici de psihozele adultului. Psihozele infantile nu au făcut obiectul acestui tip de analiză. Nu se pot decât stabili eventuale analogii între unele descrieri fenomenologice şi unele aspecte ale autismului infantil: astfel, "distorsiunea", descrisă de Binswanger ca o modalitate de prezenţă, implică o necunoaştere a dimensiunilor prezenţei umane a propriei persoane şi a altcuiva, tratată

instrumental. "Distorsiunea" poate fi apropiată de modul în care copiii autişti se folosesc de adult ca de un instrument pentru a-şi atinge scopul.

2.4.3. Psihanaliza nu conţine, în ea însăşi, o teorie etiologică. Ipotezele psihanalitice nu se referă la etiologia autismului, ci la sensul inconştient al simptomelor, legate de suferinţa psihică subiacentă şi de fantasmele de care aceasta este ataşată. Cercetările biologice şi cele psihanalitice nu sunt deci concurente, ele privesc niveluri diferite de înţelegere: biologia investighează anomaliile care determină disfuncţii totale sau parţiale ale organismului; în cazul psihanalizei este vorba de a înţelege modalitatea în care viaţa individului se poate integra sau nu într-un tot coerent, prin relaţia cu celălalt şi printr-o istorie personală.

Lucrările asupra autismului din acest domeniu se pot organiza sub forma a trei puncte de vedere:

a) Punctul de vedere genetic, conform căruia autismul ar corespunde unei anomalii a dezvoltării psihice reperabile în termeni de stadii ale dezvoltării. Una dintre reprezentantele acestui punct de vedere este M. Mahler (1968) care a realizat studii ample asupra psihozelor infantile, categorie în care include şi autismul. Clasificarea psihozelor infantile concepută de autoare se bazează pe fazele dezvoltării descrise de ea. Cu toate acestea, ea respinge ideea conform căreia psihozele ar fi doar o reîntoarcere la un stadiu normal al dezvoltării sau o simplă fixare într-unui din aceste stadii. Ideea pe care o susţine este aceea că, în dezvoltarea copilului, au existat faze peste care s-a sărit şi anumite mecanisme active, care se opun reluării dezvoltării, numite "mecanisme de menţinere".

în cazul autismului, mecanismul principal de menţinere ar fi o conduită halucinatorie negativă, care anulează, într-o oarecare măsură, percepţia mamei şi a mediului exterior. Copilul nu a putut, în opinia autoarei, să-şi investească mama ca "referinţă emoţională exterioară", ceea ce antrenează o profundă dezorganizare a imaginii corpului. Autismul poate fi primar sau secundar, determinat, în acest caz, de eşecul fazei simbiotice, imaginea mamei fiind trăită ca "imprevizibilă şi dureros de frustrantă".

D.W. Winnicott (1962) descrie psihoza infantilă în termeni de eşec al adaptării mediului faţă de copil. El descrie şi aşa-numita "depresie psihotică", ce ar surveni în cazul în care mediul (mama) este

deficitar într-un stadiu extrem de precoce din dezvoltarea copilului, anterior oricărei posibilităţi de simbolizare; ar fi vorba de o angoasă extremă, resimţită fizic, ca o pierdere a unei părţi a substanţei corporale, ca o discontinuitate a imaginii corpului.

B. Bettelheim (1967) a apropiat autismul infantil de unele stări psihice pe care le observase în timpul experienţelor sale trăite în lagărele de concentrare naziste, stări caracterizate prin noţiunea de "situaţie extremă", împrejurare în care individul are impresia că orice acţiune a sa are ca efect agravarea situaţiei. în opinia lui, copilul autist

ar experimenta subiectiv incapacitatea sa de a produce în mediul exterior o ameliorare a situaţiei, această incapacitate determinând un profund sentiment de disperare, deoarece nimic nu este mai dureros decât un non-răspuns la o tentativă de comunicare.

Autorul amintit insistă asupra importanţei "mutualităţii" mamă-copil, un eşec grav şi precoce al acesteia putând conduce la situaţia extremă descrisă. Ipotezele lui Bettelheim au suscitat, atât în vremea respectivă, cât şi ulterior, numeroase polemici şi puternice reacţii de opoziţie din partea asociaţiilor părinţilor copiilor autişti, care s-au simţit în postura de acuzaţi.

M. Fordham (1965) propune o ipoteză conform căreia autismul infantil ar fi o tulburare a Eu-lui. El imaginează copilul ca fiind, în primul rând, o structură psihosomatică, pe care o denumeşte "sine", un sistem dinamic care integrează şi dezintegrează. în cazul autismului, nu ar fi vorba de o dezintegrare a sinelui primar, nici de o recunoaştere a non-sinelui. Autismul primar ar fi dat de absenţa dezintegrării componentei psihice a sinelui primar.

b) Punctul de vedere dinamic se bazează pe analiza fenomenelor de transfer şi de contra-transfer. K. Abraham este primul psihanalist care s-a angajat în această direcţie, fiind urmat, în privinţa psihozelor infantile, de eleva sa, M. Klein (1930), care a construit întreaga dezvoltare a relaţiei obiectuale în cursul copilăriei în jurul a ceea ce ea a denumit "poziţii" psihotice; autismul infantil, care nu fusese încă descris în acea perioadă, nu pare să-i fi reţinut atenţia.

Mai mulţi psihanalişti post-kleinieni s-au interesat însă de problema autismului, propunând diferite modele metapsihologice axate în principal pe aceleaşi coordonate: clivajul sinelui, bidimensionalitatea relaţiei obiectuale şi identificarea adezivă, concepte care nu îşi mai găsesc actualmente importanţa acordată în

perioada respectivă, poate şi datorită faptului că teoriile emise se bazau pe ipoteze neştiinţifice.

O altă reprezentantă a acestui punct de vedere a fost F. Tustin (1972), care a continuat, într-o bună măsură, cercetările lui Winnicott. Ea afirmă, referindu-se la subiectul autist, că pentru a lupta împotriva suferinţei pricinuite de o "gaură neagră" persecutoare, acesta organizează un raport cu lumea, un adevărat "delir autist"; e vorba de fuzionarea cu lumea concretă şi tendinţa de a nega orice distanţare, orice separare, orice diferenţă care ar reactiva în el angoase ale unei prime rupturi. Copilul ar utiliza în acest scop "obiecte autiste", obiecte materiale, tari sau moi, de care nu se desparte, dar pe care le poate înlocui cu altele, identice.

F. Tustin denumeşte sindromul descris "autism cu carapace", definind două forme ale acestuia: una primară sau de "tip crustaceu", care corespunde unei forme globale de

autism subsumând întreaga personalitate a copilului şi una secundară sau de "tip segmentar", corespunzând unei forme parţiale, incluzând doar segmente ale Eu-lui.

Dintre psihanaliştii francezi care s-au ocupat de aceste aspecte, D. Marcelii (1983), propune ipoteza unei "poziţii autiste", după modelul poziţiilor schizo-paranoide şi depresive descrise de Klein. "Poziţia autistică" normală i-ar folosi bebeluşului să evite stimulii prea violenţi pe care nu i-ar putea integra. In opinia sa, caracteristicile acestei "poziţii" ar fi următoarele: organizarea gândirii prin contiguitate, fără formarea simbolurilor, statutul obiectului ca cel al unui obiect parţial, bidimensional, natura relaţiei obiectuale caracterizată, în plan patologic, prin obiectul autist, iar în plan normal prin obiectul narcisic.

c) Punctul de vedere structural îi aparţine, printre alţii, lui Lacan care s-a inspirat din structuralismul lingvistic (F. de Saussure) şi antropologic (C. Levi-Strauss). în concepţia lui Lacan, problema psihozei este construită în jurul conceptului de respingere, în afara simbolicului, deci în real. Aplicând ideile lui Lacan în problema autismului, R. Lefort (1988) descrie la subiectul autist existenţa unor discontinuităţi topologice sub forma unor "găuri" care ar întrerupe continuitatea dintre subiect şi obiect; pentru copilul autist, celălalt nu funcţionează ca loc de înscriere semnificativă, ci se reduce la o absentă.

Aşa cum afirmam anterior, etiologia autismului este şi va rămâne probabil, pentru o bună perioadă de timp, o problemă controversată. Este, de asemenea, evident faptul că nici una din teoriile existente nu poate fi absolutizată, actualmente acceptându-se ideea originii multifactoriale a autismului.

Cu toate acestea, sunt unii cercetători care insistă asupra naturii predominant organice a autismului la multe din cazurile întâlnite în practică. De aceea vom oferi în continuare o serie de argumente care vin în sprijinul acestei afirmaţii.

2.5. Argumente în favoarea originii parţial organice a autismului

Numeroase constatări biologice şi medicale par să confirme originea parţial organică a autismului. Dintre acestea pot fi amintite următoarele:

2.5.1. Semnele reper abile la examinarea medicală a copiilor autişti

Examenul neurologic aprofundat obiectivează deseori anomalii variabile ale sistemului nervos central. Aceste anomalii se pot regăsi la nivelul:

tonusului muscular;

adaptării posturale;

motricitatii fine;

coordonării motrice;

atenţiei;

percepţiei.

2.5.2. Explorările electrofiziologice au relevat existenţa unor anomalii electroencefalografice în mai mult de 75% din cazuri. Studiul unor potenţiale evocate auditive relevă o amplitudine de răspuns care nu este proporţională cu intensitatea stimulării şi este variabilă de la o examinare la alta, la acelaşi individ. Acest fapt este dovada existenţei unei anomalii evidente a modulării senzoriale.

2.5.3. Anomaliile anatomice ale creierului, imaginile cerebrale şi datele neurobiologies

O serie de studii realizate post-mortem asupra unor subiecţi autişti au evidenţiat alterări ale dimensiunilor neuronale şi ale microarhitecturii circuitelor sistemului limbic şi cerebelos, evocând o anomalie a dezvoltării precoce a organizării cerebrale.

Studiile lui E. Courchesne (1988), din California, confirmate recent de lucrările lui B. Garreau, din Franţa, au arătat o frecvenţă semnificativă a anomaliilor morfologice ale creierului mic la indivizii autişti, în special în formă atrofică. Cercetările unei echipe formate din G. Lelord, L. Pourcelot şi A. Syrota, care măsoară variaţiile debitului sangvin cerebral şi care vizualizează ariile de activare ca răspuns la stimuli vizuali şi/sau auditivi, au demonstrat că în raport cu copiii din lotul de control, copiii autişti prezintă anomalii de activare: în urma acţiunii unui stimul auditiv, nu sunt activate aceleaşi zone cerebrale (deficit de debit sangvin temporal stâng, aria limbajului), iar activările sunt neregulate şi inconstante în cazul unor stimuli asociaţi. Aceste tehnici au arătat şi faptul că în cazul copiilor autişti de vârstă mică există şi un retard marcat al maturării metabolice a lobilor frontali.

Rimland (1964) a fost printre primii care a sugerat o posibilă intervenţie a unei disfuncţii neurologice în apariţia autismului. Din acel moment, literatura de specialitate în domeniu, deosebit de bogată, va fi, după cum se va vedea, deseori contradictorie. Studiile efectuate post-mortem au decelat existenţa unor anomalii în morfologia sistemului limbic şi a unor pierderi de celule Purkinje din neocerebel şi cortexul arhicerebelar (Bauman, 1985).

Studiile de imagerie cerebrală au relevat şi ele o mare varietate de anomalii structurale, de la descoperiri nespecifice legate de o lărgire ventriculară (Jacobson, 1988) şi de malformaţii corticale, la cele cu o mai mare specificitate de tipul hipoplaziei lobulilor cerebelari VI şi VII (Courchesne, 1988).

Cercetătorii încearcă de mult timp să precizeze anumite diferenţe chimice şi structurale ale creierului la copiii autişti. încă din 1966, Eisenberg sublinia importanţa cunoaşterii măsurii în care autismul este sau nu asociat cu vreo boală sau disfuncţie cerebrală. Din păcate, chiar cu metodele perfecţionate existente la ora actuală, aceste anomalii cerebrale nu pot fi întotdeauna, acolo unde există, puse în evidenţă. Sunt numeroase exemplele de copii autişti la care nu s-a dovedit prezenţa unor tulburări neurologice în cadrul examinărilor

realizate în copilăria timpurie şi care, în adolescenţă, prezintă epilepsie de lob temporal, după cum sunt cazuri Ia care semnele unei tulburări neurologice au fost decelate precoce.

Chiar dacă cercetările asupra raporturilor dintre catecolamine şi autism au fost oarecum promiţătoare, tendinţa a fost în ansamblu aceeaşi. Medicamentele care influenţează sensibilitatea receptorilor dopaminei par să aibă o oarecare eficacitate pentru ameliorarea simp-romelor autismului. Aceste medicamente includ neurolepticele. Cu toate acestea, într-un studiu efectuat la Toronto asupra unor părinţi ai unor copii autişti, în care tranchilizantele fuseseră prescrise şi utilizate pentru majoritatea copiilor, nici un părinte nu a considerat că rezultatele compensau reacţiile secundare defavorabile.

Observaţiile privind comportamentul copiilor autişti în cadrul lor natural şi în laborator au dus la presupunerea existenţei unei disfuncţii a mecanismelor vestibulare. Componentele aparatului vestibular exercită funcţii diferite în organism. Cele trei canale semicirculare sunt orientate după trei planuri diferite, cu unghi drept între ele. Lichidul acestor canale este endolimfa; în apropierea bazei fiecărui canal, se regăseşte ampula, o deschidere. Fiecare deschidere adăposteşte celulele piliare şi **cupula** care le acoperă, o structură gelatinoasă care deplasându-se curbează cilii deasupra celulelor. în momentul în care capul se întoarce într-unui din planurile canalelor semicirculare, lichidul canalului împinge cupula, în aşa fel încât celulele sunt stimulate sau inhibate, în funcţie de sensul de accelerare, fiind resimiţită senzaţia de accelerare rotativă. Dacă, de exemplu, o persoană se învârte într-un fotoliu, fără a i se da indicii legate de această manevră, senzaţia de rotaţie este pasageră şi dispare odată cu stabilirea unei viteze constante de rotaţie. Lichidul canalelor semicirculare deplasează cupula doar în timpul accelerării sau încetinirii. Este de asemenea posibilă stimularea canalelor semicirculare prin jeturi de apă caldă în ureche. Această stimulare prin căldură produce în endolimfa curenţi de convexie care deplasează cupula şi stimulează astfel celulele vestibulare receptoare. Această stimulare are ca efect producerea nistagmusului ocular postrotativ, o mişcare scurtă şi repetată de du-te-vino în ochi. în plus, ea produce o senzaţie de ameţeală.

Acest mod de stimulare este foarte important pentru cercetările asupra copiilor autişti deoarece este practic lipsit de pericol, eficient şi se poate realiza stimularea fiecărei părţi. Mişcarea

ochilor care însoţeşte stimularea vestibulară poate fi observată cu ochiul liber sau poate fi înregistrată cu ajutorul unui electro-nistagmograf. Comportamentele observate la copilul autist care au determinat presupunerea existenţei unor probleme vestibulare sunt rotirea în timpul jocului, tendinţa de a căuta un centru de gravitaţie sigur, reacţia de teamă la mişcările rapide de tipul trenului sau ascensorului, intoleranţa generală faţă de senzaţiile produse de gravitaţie, balansarea excesivă a capului şi corpului şi absenţa ameţelii, a dezechilibrului în timpul mişcărilor de rotaţie în jurul propriei axe. Preocuparea pe care o au copiii autişti pentru obiectele care se rotesc poate fi de asemenea un indiciu al unei disfunctii vestibulare.

Observarea comportamentului copiilor autişti, a reacţiei lor la rotirea într-un fotoliu special şi la stimularea prin căldură în condiţii controlate de laborator a dus la constatarea conform căreia nistag-musul postrotativ sau postcaloric a fost fie puternic diminuat, fie total absent. Acesta a fost cazul în mod special în momentul în care rotirea a avut loc într-un mediu care permitea acţiunea simultană a informaţiei vizuale. De asemenea, s-a constatat faptul că majoritatea copiilor incluşi în studiu preferau rotirea spre stânga.

La începutul anilor '70, observaţiile privind comportamentele autistice şi-au schimbat orientarea: în locul accentului pe retragerea socială, comportamentele bizare şi reacţiile anormale la stimuli auditivi şi vizuali, s-a trecut la descrierea caracteristicilor comportamentului cognitiv şi lingvistic al copiilor. Rutter (1974) a insistat asupra existenţei unei disfunctii cognitive centrale ca fiind trăsătura constantă în autism, incitându-i pe cercetători să exploreze fundamentele neurofiziologice ale acestor deficienţe. Acest demers nu a fost însă lipsit de apariţia unor semne de întrebare. In primul rând, disfuncţia unui sistem sau a unei regiuni anume din cortexul cerebral ar putea fi atribuită unei anomalii structurale ale acestei arii, dar ar putea tot atât de bine să semnifice o anomalie structurală a unei părţi îndepărtate a creierului care furnizează informaţia necesară ariei respective. O altă dificultate o constituie explicarea motivului pentru care, dacă o regiune anume a cortexului prezintă o anomalie, mecanismele de compensare nu au intervenit în unele cazuri, deşi se cunoaşte faptul că emisfera intactă poate prelua într-o bună măsură funcţiile pierdute.

Primele date concrete, care au avut ca suport ipoteza unor disfuncţii ale emisferelor cerebrale în cadrul manifestării autismului, au fost cele ale (ui Hauser (1975). El a examinat 17 copii autişti, care fuseseră supuşi unei pneumoencefalograme în cadrul examenului neurologic. Dintre aceştia, au fost decelaţi 8 stângaci, iar pentru alţi 3 a fost imposibilă stabilirea lateralităţii. Anomalia cea mai frecventă a fost însă legată de pneumoencefalogramă, în 15 dintre cazuri fiind vorba de o creştere a ventriculului lateral stâng şi, în mod special, a polului temporal stâng.

Pe de altă parte, în lucrările lui Volkmar (1998), se menţionează faptul că funcţia memoriei din lobul temporal stâng este specifică fiecărei emisfere şi că funcţiile corticale specifice nu sunt transmise emisferei opuse, decât în măsura în care ar exista o leziune a regiunii corticale. Acest fapt duce la presupunerea că funcţia emisferei stângi în autism

este probabil compromisă doar prin deficienţa funcţiei de memorie sau de integrare a învăţării într-una din emisfere, fără ca emisfera opusă să preia funcţiile critice. După părerea autorului, aceast lucru ar putea explica în manieră relativ satisfăcătoare unele dintre fenomenele cele mai frapante din autism. Faptul poate induce şi supoziţia existenţei unui autism unilateral şi a unuia bilateral, primul fiind, în general, benign şi cu posibilitate de remisie.

Studiile lui Tanguay (1982) se bazează, de asemenea, pe ipoteza legată de conexiunile existente între autism şi emisferele cerebrale. El a înregistrat reacţiile auditive suscitate de fiecare dintre cele două părţi ale capului la zece copii autişti cu vârste între 2 şi 5 ani şi la zece copii normali cu vârste între 4 luni şi 5 ani, în timpul somnului. Aceştia din urmă au prezentat reacţii de mai mare amploare de partea emisferei drepte în timpul somnului paradoxal; la copiii autişti nu s-au descoperit diferenţe reactive susţinute între emisfere. Raporturile dreapta-stânga au fost sensibil mai ridicate la copiii normali decât Ia cei autişti.

Ipoteza emisă de E.G. Blackstock (1978) este centrată pe principiul piagetian conform căruia mecanismele de dezvoltare ale cunoştinţelor şi caracteristicile de abstractizare ale gândirii sunt invariabile la toate fiinţele umane. Variaţiile individuale sunt relativ minime şi rezultă din diferenţele uşoare de disponibilitate din ţesutul cerebral şi din interacţiunile acestui ţesut cu mediul exterior. Modelul de dezvoltare al autismului conceput de el se bazează pe faptul că tratarea cerebrală a informaţiei la copilul autist diferă de cea a

copilului normal prin aceea că, în cazul primului, emisfera non-lingvistică este dominantă şi efectuează cea mai mare parte a tratării informaţiei. Schemele sau structurile mentale care rezultă din această deviere iniţială sunt construite în aşa fel încât să prelucreze informaţia non-lingvistică, neanalitică. Copiii autişti ar realiza, deci, o tratare apoziţională a lumii lor, în timp ce la copiii normali ar fi vorba de o tratare propoziţională. Aceste afirmaţii se bazează pe o serie de studii scintigrafice, care nu relevă leziuni structurale ale emisferei stângi Ia copiii autişti, dar demonstrează o dezvoltare mai pronunţată a celei drepte. Cu toate acestea, dezvoltarea asimetrică a creierului nu poate să ofere explicaţii universal valabile, deoarece există mulţi copii autişti care nu corespund acestei descrieri şi al căror comportament nu poate fi explicat în mod satisfăcător prin ipotezele fondate pe dinamica emisferelor cerebrale.

Actualmente, există dezbateri intense legate de măsura în care vermisul cerebelar este mai mic în volum la copiii autişti, dar, de pildă, modificările morfologice ale sistemului limbic raportate de Bauman (1991) nu au mai fost puse în evidenţă în alte studii post-mortem.

Aproximativ 25% dintre indivizii cu autism prezintă un volum crescut al masei craniene, comparativ cu media populaţiei; cu toate acestea, descoperirile respective nu sunt specifice pentru o regiune sau o structură anumită, iar semnificaţia sa clinică nu este pe deplin înţeleasă. Studiile neuroimagistice nu au relevat însă dovezi legate de diferenţe

structurale sau de volum ale sistemului limbic sau neocerebelului, aşa cum au fâcut-o studiile post-mortem.

Cunoscute fiind deficitele existente în funcţionarea cognitivă Ia autişti, au fost explorate şi diferenţele legate de cortexul cerebral. Similitudinile cognitive şi comportamentale dintre indivizii cu autism şi pacienţii cu disfuncţii ale lobului frontal i-au determinat pe unii cercetători (Damasio şi Maurer, 1978) să emită ipoteza conform căreia autismul ar fi rezultatul unor leziuni ale cortexului frontal şi ale structurilor sale colaterale. Nu au fost însă găsite, deocamdată, dovezi ale unor anomalii în această regiune, dar studiile efectuate asupra funcţiei corticale sunt mai sugestive în privinţa implicării frontale. Unul dintre acestea a dovedit existenţa unei scăderi a fluxului sangvin la nivelul cortexului frontal drept la o serie de subiecţi autişti adulţi, aflaţi în stare de repaus (Sherman, Shapiro, 1984).

în mod similar, un studiu relativ recent care a utilizat tehnica tomografiei computerizate la câţiva subiecţi adulţi, tot în stare de repaus, a descoperit acelaşi flux sangvin redus în lobul drept, stâng şi mediu (George, 1992). De asemenea, s-a pus în evidenţă existenţa unui metabolism frontal redus la unii copii şi adolescenţi cu autism uşor şi sindrom Asperger, precum şi la unii copii preşcolari cu autism,

O altă arie ce prezintă interes în autism este cortexul temporal median şi structurile subcorticale relationate. Damasio şi Maurer au emis ipoteza conform căreia structurile mediale temporale (alături de cele frontale) ar juca un rol important în neurobiologia autismului, prin realizarea unor analogii comportamentale între subiecţii cu autism şi cei cu leziuni ale lobului temporal. La testele neuropsihologice, performanţele indivizilor cu autism sunt destul de reduse, inclusiv la sarcinile simple, legate de funcţionarea lobului temporal. De asemenea, sunt studii multiple axate pe subiecţi cu leziuni temporale mediane, determinate de o infecţie virală, care au dobândit simptome de tip autist odată cu infecţia.

Pe de altă parte, investigaţiile privitoare la utilizarea glucozei corticale nu au reuşit să ajungă la concluzii foarte precise. Studiile de imagerie funcţională au pus în evidenţă existenţa unui hiperme-tabolism global, a unor arii specifice de hipometabolism precum şi absenţa unor diferenţe metabolice semnificative faţă de grupurile de control. Unul dintre aceste studii a descoperit o corelaţie negativă între metabolismul frontal al glucozei şi performanţa la o sarcină de atenţie, sugerând faptul că insuficienţa neuronală în regiunile frontale poate contribui la deficitele atenţionale existente în autism.

Horwitz şi colaboratorii săi (1988) au examinat *pattern-urile* metabolice în cadrul diferitelor regiuni cerebrale, căutând inter-corelaţii care ar putea reflecta unele dereglări funcţionale importante în privinţa comportamentului. Subiecţii din grupul de control au demonstrat existenţa unor corelaţii pozitive puternice între regiunea frontală, parietală şi

cele subcorticale, presupuse a fi responsabile de circuitele neuronale; prin contrast, la indivizii cu autism au apărut corelaţii negative puternice. Aceste rezultate sugerează faptul că în cazul autismului, nu ar fi vorba de o structură sau o funcţionare anormale ale regiunilor creierului individual, ci de coordonarea lor funcţională.

2.5.4. Constatările biologice

La aproximativ 30-40% dintre persoanele care suferă de autism a fost detectată o creştere a concentraţiei sangvine a serotoninei. O ipoteză conexă se referea la faptul că nu serotonina însăşi ar fi responsabilă de diferitele dificultăţi prezente în autism, ci incapacitatea creierului de a distruge o parte a excedentului de substanţe chimice, care se creează în cadrul producerii substanţelor de tramsmitere nervoasă. Se crede că unele dintre aceste substanţe ar fi halucinogene analoge prin structura chimică şi efectele lor cu LSD-ul. într-o serie de studii destinate verificării acestei ipoteze prin examenul concentraţiilor de bufotenina din urină, s-au obţinut valori crescute ale acestora, atât la copiii autişti, cât şi la părinţii acestora. Din păcate, nimic nu dovedeşte însă că bufotenina provine din creier, din moment ce şi alte organe ale corpului o produc. Datorită raporturilor presupuse între serotonina cerebrală şi LSD, s-a încercat determinarea utilităţii LSD-ului în ameliorarea simptomelor autiste. La unii dintre subiecţi, s-a obţinut o ameliorare a comportamentului în ansamblu, o creştere a reactivităţii sociale, o ameliorare a contactului ochi-în-ochi şi o diminuare a autostimulării. Insă s-a constatat că aceste efecte erau destul de pasagere şi însoţite de reacţii secundare nefavorabile, motiv pentru care s-a abandonat acest tip de terapie.

2.5.5. Patologiile asociate autismului

Infecţiile virale: rubeola congenitală creşte de zece ori riscul de apariţie a autismului, iar unele encefalite herpetice precoce au ca sechelă autismul.

Maladiile metabolice congenitale: autismul este asociat frecvent cu fenilcetonuria.

Unele *maladii neurologice* rare (lipoidoza cerebrală, sindromul West, scleroza tuberoasă Bourneville) sunt asociate cu autismul.

*2.5.6. **Argumentele** genetice*

Studiile epidemiologice sugerează existenţa unei componente genetice în autism, riscul apariţiei acestui sindrom fiind ridicat în familiile în care mai există asemenea cazuri. în aproximativ 80% din cazuri, autismul afectează gemenii monozigoţi (cu aceeaşi zestre genetică), acest procent fiind doar de 30% la falşii gemeni. Aceste date sugerează în mod cert intervenţia factorilor genetici şi a factorilor patologici de mediu. In cadrul populaţiei de autişti, 8% dintre ei sunt

atinşi de sindromul X fragil, legat de cromozomul X şi asociat cu retardate mintală.

Dată fiind existenţa pertubărilor neurotransmiţătorilor constatate în autism, au fost realizate cercetări asupra unor gene care intervin în dezvoltarea creierului şi în metabolismul neurotransmiţătorilor. Cercetătorii din Tours (Franţa) au scos în evidenţă o repartiţie alelică specifică pentru gena H-RAS (braţul scurt al cromozomului XI) în cadul unei populaţii de copii autişti, comparativ cu un grup de control.

Nu este însă nici ştiinţific, nici etic să reducem autismul la o problemă de transmitere genetică simplă, ca în cazul miopatiei sau mucovicidozei. Autismul este o afecţiune multifactorială în care factorul genetic joacă în mod sigur un rol, fie rareori ca factor unic (factor ereditar sau modificarea genomului), fie cel mai adesea ca factor favorizant, asociat factorilor de mediu (virali, imunitari, metabolici). Pe de altă parte, se poate presupune că orice factor extern nociv care intervine într-o perioadă critică a formării sistemului nervos poate afecta dezvoltarea acestuia, devenind responsabil pentru semnele autismului.

3. DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAL

3.1. Autismul şi psihoza

Aşa cum am mai amintit, autismul a fost mult timp greşit considerat drept o schizofrenie infantilă. Deşi termenul "autist" a fost pentru prima dată folosit de Bleuler în 1921 pentru a descrie izolarea socială a persoanelor suferind de schizofrenie, se ştie, la ora actuală, că autismul nu este în directă conexiune cu aceasta. Chiar dacă există o serie de asemănări între simptomele negative ale schizofreniei (indiferenţa emoţională) şi deficienţele existente în autism, s-a sugerat doar posibilitatea unui deficit cognitiv similar, care ar sta la baza ambelor tulburări.

Este cunoscut faptul că cele mai precoce forme ale schizofreniei încep rareori înaintea pubertăţii şi, în aceste cazuri, dezvoltarea socială şi cea a limbajului nu sunt perturbate calitativ în cursul primei copilării. Cuvântul *psihoză* nu este adecvat suferinţei autiste deoarece copilul nu deformează realul după ce şi l-a construit, ci pur şi simplu nu-l construieşte. Unele bizarerii legate de conduitele de siguranţă dau uneori impresia unui delir, dar de fapt nu este vorba de acest lucru, iar acţiunea neurolepticelor este limitată şi, în consecinţă, puţin recomandabilă în autism (eventual în cazul absenţei unor terapeutici alternative comportamentale).

3.2. Autismul şi deficienţa mintală

Pentru ca problema diagnosticului diferenţial să poată fi abordată şi în acest caz, trebuie să recurgem la o trecere în revistă a *definiţiilor* date deficienţei mintale şi autismului. Dacă cea mai mare parte a specialiştilor este de acord că deficienţa mintală este o carenţă a funcţionării cognitive, mai mult sau mai puţin măsurabilă prin coeficientul de inteligenţă, în privinţa autismului este foarte greu să se ajungă la o părere unanimă.

Pentru mulţi psihiatri francezi, autismul este încă definit ca tulburarea psihiatrică cea mai precoce şi cea mai gravă dintre psihoze. Pentru practicienii anglo-saxoni, autismul constituie o tulburare globală a dezvoltării, reprezentând o formă particulară gravă a deficienţei mintale. Termenul de autism înglobează însă, la aceşti autori, o mai mare diversitate de subiecţi, în particular, cei numiţi "autişti cu un nivel înalt de competenţă" sau "cu nivel înalt de autonomie".

Lăsând la o parte diferitele interpretări, se ştie că 67-81% dintre copiii autişti sunt şi deficienţi mintali, deficienţă care este stabilă de-a lungul anilor, cu sau fără ameliorarea problemelor comportamentale. Este de asemenea cunoscut faptul că gradul autismului, competenţa în domeniul limbajului şi prognosticul variază şi în funcţie de nivelul intelectual.

Pentru a diagnostica drept autist un individ cu deficienţă mintală severă sau profundă, trebuie realizată însă o evaluare extrem de precisă a prezenţei deficitelor sociale şi de comunicare ale subiectului relative la nivelul intelectual general al acestuia, deoarece simpla prezenţă a manierismelor şi a comportamentelor stereotipe (foarte frecvente la subiecţii deficienţi mintali) nu stabileşte un diagnostic de autism.

3.3. Autismul şi sindromul Rett

Sindromul Rett este o tulburare descrisă până în prezent doar la subiecţi de gen feminin, având cauze încă incerte. Tulburarea se caracterizează în mod tipic printr-o dezvoltare iniţială aparent normală sau aproape normală, urmată de o pierdere parţială sau completă a limbajului şi a capacităţii de folosire a mâinilor, asociată cu o încetinire a dezvoltării craniene. în mod obişnuit simptomele survin între 7 şi 24 luni. Pierderea motricitatii voluntare a mâinilor, mişcările stereotipe de torsiune a mâinilor (element de similaritate cu autismul), hiperventilaţia, o absenţă aproape constantă a controlului sfincterian sunt extrem de tipice pentru această tulburare.

Dezvoltarea socială şi cea a jocului stagnează încă din primii 2, 3 ani, dar interesul social se conservă (spre deosebire de autism). în mod tipic, aceşti copii păstrează un gen de "surâs social", putând apare şi acea "privire prin", caracteristică şi autismului. în cursul celei de a

doua copilării, se observă deseori o ataxie a trunchiului şi apraxie, asociate cu o scolioză sau o cifo-scolioză şi uneori de mişcări coreo-atetozice. Se poate manifesta şi o rigiditate spastică, mai marcată în general la membrele inferioare.

Tulburarea presupune în majoritatea cazurilor o deficienţă mintală severă, fiind însoţită deseori de crize epileptice, apărute de obicei înainte de 8 ani.

Automutilările deliberate şi preocupările stereotipe complexe sunt rare în cadrul acestei tulburări, contrar a ceea ce se observă în autism.

3.4. Autismul atipic

Este vorba de o tulburare pervasivă de dezvoltare care diferă de autismul infantil prin vârsta de debut sau prin faptul că nu răspunde la ansamblul celor trei grupuri criteriale ale diagnosticului de autism. Astfel, fie anomaliile sau alterările de dezvoltare se manifestă după vârsta de 3 ani, fie manifestările patologice nu sunt suficiente pentru a fi relevante pentru unul dintre cele trei domenii psihopatologice definitorii pentru diagnosticul de autism. Această ultimă atipicitate este în mod special frecventă la copiii care prezintă o deficienţă mintală profundă (la aceşti copii este dificilă evidenţierea comportamentelor anormale specifice cerute de diagnosticul de autism). Ea se observă şi în cazul copiilor cu o tulburare severă de achiziţie a limbajului receptiv; unii dintre aceştia prezintă, într-adevăr, simptome sociale, emoţionale şi comportamentale care se întrepătrund cu cele caracteristice autismului.

3.5. Autismul şi alte tulburări dezintegrative ale copilăriei

Heller propunea termenul de demenţă infantilă, care actualmente a devenit tulburarea dezintegrativă a copilăriei. Este vorba de tulburări pervasive de dezvoltare (altele decât sindromul Rett), caracterizate prin prezenţa unei perioade de dezvoltare perfect normale, urmată de o pierdere manifestă, în câteva luni, a performanţelor achiziţionate anterior, în mai multe domenii ale dezvoltării. In acelaşi timp, apar anomalii caracteristice ale comu-

nicării, ale funcţionării sociale, ale comportamentului adaptativ, deseori pierderea controlului sfincterian şi uneori deteriorarea controlului motor. Apariţia tulburării este deseori precedată de simptome prodromice destul de imprecise: copilul devine iritabil, ostil, anxios şi hiperactiv, aceste simptome fiind urmate de o sărăcire şi apoi de pierderea vorbirii şi a limbajului şi de o dezorganizare comportamentală. Se remarcă o pierdere a interesului general pentru mediul înconjurător, apariţia conduitelor stereotipe şi repetitive şi o alterare de tip autist a interacţiunilor sociale şi a comunicării.

In unele cazuri, pierderea achiziţiilor progresează lent (în special când tulburarea este asociată unei afecţiuni neurologice progresive). Dar, cel mai adesea, se observă o regresie, timp de mai multe luni, apoi o stabilizare, urmată de o recuperare parţială. Prognosticul este, în general, nefavorabil, majoritatea subiecţilor rămânând cu un retard sever.

Asemănările cu tipologia descrisă în cazul autismului sunt destul de pregnante, realizarea unui diagnostic diferenţial precis fiind deseori dificilă; ceea ce este cunoscut, este faptul că în cazul acestor tulburări dezintegrative, există o rată crescută a anomaliilor electro-encefalografice similare cu cele din autism, iar majoritatea sunt atribuite unei encefalopatii, cu toate că, de multe ori, aspectele medicale specifice care sunt răspunzătoare de regresia amintită nu sunt identificabile.

3.6. Autismul şi tulburarea setnantic-pragmatică

Tulburarea semantic-pragmatică, discutată pentru prima dată de către Rapin şi Allen, se referă la un grup de copii cu probleme severe de limbaj, dificil de înscris în alte categorii diagnostice. S-a constatat prezenţa la aceşti copii a problemelor de comprehensiune, a ecolaliei, a deficitelor de concepere verbală şi a inabilităţii de folosire a gesturilor. In ciuda unor asemănări evidente, majoritatea specialiştilor în domeniul terapiei limbajului au insistat asupra faptului că aceşti copii nu sunt autişti.

 3.7. Autismul şi sindromul Asperger

Vom insista poate mai mult asupra descrierii sindromului Asperger tocmai datorită coincidenţei istorice a "apariţiei" celor două sindroame.

Observaţiile realizate de Hans Asperger (1944) asupra unui grup de copii americani, consideraţi a prezenta o "psihopatie autistă", şi diferenţele simptomatologice dintre aceştia şi subiecţii diagnosticaţi ca autişti de către Kanner i-au determinat pe specialişti să-şi pună întrebări legate de posibilitatea descrierii unui grup de copii ca o subgrupă specială în cadrul spectrului autistic. Termenul "sindromul Asperger" a fost utilizat pentru prima dată de Lorna Wing (1981), care a introdus diagnosticul în încercarea de a dobândi recunoaşterea acelor persoane autiste, ale căror tulburări nu se potriveau în totalitate cu cele descrise de Kanner. Ea a prezentat o listă de criterii diagnostice, bazate pe afirmaţiile lui Asperger:

1. *limbajul* - dobândit fără întârziere, dar cu conţinut bizar, stereotip;

2. *comunicarea non-verbală* - slabă expresivitate facială, voce monotonă, gestică inadecvată;

3. *interacţiunile sociale* - nu sunt reciproce, se remarcă absenţa empatiei;

4. *rezistenţa la schimbare* - preferinţă pentru activităţi repetitive;

5. *coordonarea motorie* - posturi bizare, mişcări grosiere neîndemânatice, uneori stereotipii;

6. *abilităţile şi interesele* - capacitatea de a memora cifre, nume, în general serii.

în afara acestor trăsături, Asperger subliniază predominanţa sindromului la subiecţi de gen masculin şi faptul că, rareori, acesta este recunoscut înainte de primii trei ani de viaţă. Lorna Wing a modificat aceste criterii, în funcţie de propria sa experienţă clinică, aducând unele modificări:

- *întârzierea apariţiei limbajului* - doar la jumătate din grupul considerat de Wing ca având sindrom Asperger limbajul s-a dezvoltat la vârsta normală;

- *dezvoltare timpurie* - copilul poate prezenta comportamente bizare înainte de 3 ani;

- *creativitate* - Wing afirmă că aceşti copii nu sunt creativi; nu

se poate spune că sunt "originali", ci mai degrabă gândirea lor

este inadecvată.

Cercetările menţionate au sugerat că diferenţele între autismul kannerian şi sindromul Asperger ar putea fi distinse doar prin gradul de severitate. Interesul Lornei Wing pentru sindromul Asperger era de ordin pragmatic; criteriile sale de diagnostic au fost utile pentru cazurile ale căror simptome nu corespundeau în totalitate cu cele existente în *DSM-III*. Pentru Wing, sindromul Asperger constituia o posibilitate de extindere a spectrului autistic la o serie de grade ale tulburării, nerecunoscute înainte.

Ca urmare, unii clinicieni au adoptat denumirea de sindrom Asperger, considerând-o de utilitate practică. Alţi autori au relevat cinci trăsături ale subiecţilor cu sindrom Asperger:

1. limbaj - manierist, stereotip, aprozodic;

2. comunicare non-verbală deficitară;

3. interacţiune socială - bizară, lipsa empatiei;

4. interese - activităţi repetitive sau abilităţi neobişnuite;

5. mişcări - neîndemânatice sau stereotipe.

Gillberg (1989) adăuga celor cinci criterii încă unul şi anume tendinţa subiectului de a impune rutina sau ataşamentul special pentru un anumit obiect ca linie directoare pentru întreaga viaţă.

Interesul pentru acest diagnostic - sindromul Asperger - a fost legat iniţial, aşa cum aminteam, de facilitatea încadrării unor pacienţi care, până în acel moment, păreau a nu

se potrivi nici unei categorii, dar care, pentru clinicieni, păreau a fi un "tip" uşor de recunoscut, chiar la "prima vedere". Ca urmare, diagnosticul era relativ slab definit, făcând dificilă evaluarea rezultatelor studiilor experimentale care investigau diferenţele între subiecţi suferind de aşa-numitul sindrom Asperger şi subiecţii cu autism, care nu au fost diagnosticaţi.

Szatmari (1989) a sugerat următoarele criterii de diagnostic pentru acest sindrom:

1. *Solitudine* - două din:

- absenţa unor prieteni apropiaţi;

- evitarea celorlalţi;

- absenţa interesului de a-şi face prieteni;

- însingurarea;

2. *Interacţiuni sociale deficitare* - unul din:

- apropierea de alţii doar pentru a-şi satisface propriile trebuinţe;

- abordare socială neîndemânatică;

- răspunsuri unilaterale;

- dificultăţi de percepere a sentimentelor altora;

- detaşare de sentimentele altora.

3. *Comunicare non-verbală deficitară* - unul din:

- expresie facială limitată;

- incapacitate de a "citi" emoţii din expresii faciale; . - incapacitate de a transmite mesaje prin priviri;

- refuzul de a-i privi pe alţii;

- nefolosirea mâinilor;

- gesturi neîndemânatice;

- apropierea excesivă de ceilalţi.

4. *Limbaj bizar* - două din:

- inflexiuni anormale;

- vorbire în exces sau în monosilabe;

- absenţa coeziunii în conversaţie;

- folosire idiosincratică a cuvintelor;

- vorbire repetitivă.

5. *Criteriile nu se întrepătrund cu cele ale tulburării autiste din DSM-IV.*

Acest sistem de diagnostic, deşi i se cuvine un oarecare credit deoarece este unul dintre cele mai sistematice, este totuşi problematic din mai multe puncte de vedere comune majorităţii criteriilor propuse pentru sindromul Asperger. Lista de simptome, din care subiectul trebuie să prezinte un anumit număr, pare a fi obţinută fără a lua în considerare deficienţele subiacente. Descrierea unor comportamente la acest nivel este problematică; se poate, oare, crede că un subiect poate să prezinte o expresie facială limitată, dar să fie capabil să transmită un mesaj din priviri? Dacă da, ce fel de deficit subiacent ar putea să dea naştere la asemenea simptome fracţionale? Din acest motiv, detaliul în schema diagnostică este de fapt un dezavantaj, din moment ce face trimitere mai degrabă la comportamente de suprafaţă decât la deficite subiacente care se manifestă în mod diferit la indivizi diferiţi, grupe de vârstă diferite şi niveluri de abilitate diferite. De exemplu, faptul de a nu avea prieteni apropiaţi nu este în mod necesar determinat de acelaşi handicap ca evitarea celorlalţi.

Ceea ce pare destul de clar este faptul că orice schemă diagnostică pentru sindromul Asperger nu poate fi lipsită de interpretări; de pildă, afirmaţia conform căreia criteriile nu se întrepătrund

cu cele ale autismului din *DSM,* înseamnă că practic nu se preconizează vreo schimbare în dezvoltarea tabloului diagnostic.

Lorna Wing a scos în evidenţă faptul că un copil poate prezenta un tablou clinic specific autismului kannerian în copilărie, iar în adolescenţă să apară caracteristici ale sindromului Asperger. Al cincilea criteriu specificat de Szatmari neagă însă acest fapt, susţinând în acelaşi timp faptul că dacă cineva are un sindrom Asperger, îl va avea întotdeauna.

Criteriile pentru sindromul Asperger prevăzute de schema existentă în ediţia a 10-a a *Clasificării internaţionale a sindroamelor şi bolilor (International Classification of Diseases,* ICD-l0) nu sunt nici ele în măsură să clarifice diagnosticul. Aşa după cum se poate vedea, sindromul Asperger pare a fi definit ca un autism fără deficite cognitive şi de limbaj. Acest lucru implică faptul că deficitele cognitive şi de limbaj din cadrul autismului nu sunt fundamentale şi nu derivă din acelaşi deficit de bază ca dificultăţile sociale. Adică, deficitele respective sunt handicapuri adiţionale, care pot fi prezente cu sau fără autism.

Criteriile sindromului Asperger din *ICD-l0*

A. *Absenţa vreunei întârzieri semnificative din punct de vedere clinic în domeniul limbajului sau al dezvoltării cognitive.*
Diagnosticul implică dezvoltarea cuvintelor simple până la doi ani sau chiar mai devreme şi folosirea frazelor pentru comunicare până la trei ani. Abilităţile de autogospodărire, comportamentul adaptativ şi curiozitatea legată de mediul înconjurător din primii trei ani de viaţă trebuie să fie la un nivel corespunzător dezvoltării intelectuale nor male. Cu toate acestea, bazele activităţii motorii ar putea fi întrucâtva întârziate, o oarecare neîndemânare fiind uzuală. Abilităţile speciale, deseori relaţionate cu preocupările bizare, sunt destul de frecvente, dar nu sunt necesare pentru diagnostic.

B. *Deficienţe calitative ale interacţiunilor sociale reciproce.*
Pentru precizarea diagnosticului sunt necesare tulburări demonstrabile în cel puţin trei din următoarele cinci domenii:

1. ineficientă în folosirea adecvată a privirii ochi-în-ochi, a expresiei faciale, a poziţiei corpului şi a gesturilor de reglare a interacţiunii sociale;

2. incapacitatea de a dezvolta (într-o manieră adecvată vârstei

mintale) relaţii cu colegii de vârstă, care implică împărtăşirea aceloraşi interese, activităţi şi emoţii;

3. absenţa gestului de a căuta consolare şi afecţiune în momentele de stres şi de a îşi oferi afecţiunea altora în momentele de tristeţe, de distres;

4. absenţa manifestării bucuriei în momentele în care alţii şi-o manifestă şi a căutării companiei pentru propriile momente de bucurie;

5. absenţa reciprocităţii socio-emoţionale, manifestată prin răspunsuri inadecvate sau deviante la emoţiile altora; şi/sau absenţa modelării comportamentului în funcţie de contextul social, şi/sau o slabă integrare a comportamentelor sociale, emoţionale şi de comunicare.

C. *Tipare comportamentale, interese şi activităţi restrictive, repetitive şi stereotipe* (criterii asemănătoare celor pentru autism).

Diagnosticul necesită prezenţa unor tulburări demonstrabile în cel puţin două din următoarele şase domenii:

1. o preocupare persistentă legată de activităţi stereotipe şi restrictive;

2. ataşament specific faţă de obiecte neobişnuite;

3. aderare aparent compulsivă la rutine sau ritualuri specifice, nefuncţionale;

4. manierisme motorii stereotipe şi repetitive care implică fie bătaia din palme sau răsucirea mâinilor, fie mişcări complexe ale întregului corp;

5. preocupări legate de părţi ale obiectelor sau elemente nefuncţionale ale materialelor de joacă (ca de exemplu, mirosul lor, suprafaţa, zgomotul/vibraţia generată de acestea);

6. distres legat de micile schimbări survenite în mediul înconjurător.

D. *Tulburarea nu este atribuită altor varietăţi de deficienţe pervasive ale dezvoltării, de tulburări schizoide, schizofrenie simplă, tulburarea personalităţii obsesive, tulburarea obsesiv-compidsivă.*

în *ICD-l0* autismul se diagnostichează deci în cazul în care un subiect îndeplineşte un număr de criterii dintr-o listă de comportamente posibile. Acest fapt duce la apariţia unor probleme legate de diagnosticul diferenţial, când se ia în considerare sindromul Asperger. De ce este nevoie de sindromul Asperger dacă există categoria "autism atipic", care permite copilului neîndeplinirea tuturor

criteriilor prevăzute pentru autism? Oricum, majoritatea persoanelor cu sindrom Asperger corespund probabil criteriilor din *ICD-IO* pentru autism. De exemplu, la secţiunea legată de comunicare din cadrul diagnosticului autism din *ICD-l0,* o persoană trebuie să prezinte două din cele cinci deficite pentru a fi considerată autistă. Dintre cele cinci deficite s-ar părea că o persoană cu sindrom Asperger ar trebui să le cumuleze pe următoarele trei: eşec relativ în iniţierea/susţinerea unei conversaţii, anormalitatea prosodiei, absenţa

jocului de rol spontan şi variat; în mod asemănător, persoana cu sindrom Asperger ar putea prezenta trei din cele cinci simptome de disfuncţie socială.

Singurele puncte distincte în diagnosticul sindromului Asperger par a fi vârsta de debut şi absenţa întârzierii apariţiei limbajului. Ambele sunt însă destul de îndoielnice; criteriile pentru dezvoltarea limbajului, de exemplu, sunt prea specifice şi în acelaşi timp prea vagi într-un domeniu despre care se cunoaşte destul de puţin: "Diagnosticul implică dezvoltarea cuvintelor simple până la doi ani sau chiar mai devreme şi folosirea frazelor pentru comunicare la trei ani." Aceste cerinţe nu se bazează, pe vreo teorie cunoscută legată de achiziţia limbajului şi, de asemenea, nu se poate preciza ceea ce se consideră a fi un cuvânt, ce număr de cuvinte trebuie achiziţionate şi ce contează ca o frază cu conţinut de comunicare.

3.8. Asocierea autism-epilepsie şi sindromul Landau-Kleffner

Aşa după cum se ştie, crizele de epilepsie sunt considerate o problemă asociată în unele cazuri de autism, dar nu ca o componentă esenţială a acestuia. In ultimii ani, cercetările realizate asupra autismului au demonstrat faptul că neregularităţile în activitatea electrică a creierului pot induce o gamă largă de efecte. Astfel, fenomenele de *grand mal* şi *petit mal,* care ne sunt familiare, nu reprezintă în realitate decât vârful icebergului. S-a formulat astfel ipoteza legată de posibilitatea ca unele simptome autistice să fie manifestarea crizelor epileptice subclinics.

In legătură cu problema asocierii autism-epilepsie s-au emis, de-a lungul timpului, numeroase păreri. In 1988, o serie de articole de specialitate afirmau că epilepsia se poate manifesta la autişti în absenţa retardului intelectual şi că unii copii cu crize epileptice

fuseseră greşit diagnosticaţi ca autişti. în 1991, Gillberg îşi punea problema măsurii în care crizele de epilepsie nu constituiau mai curând o cauză a autismului, decât un simplu simptom asociat. Ea relevă că ecolalia, scrâşnitul dinţilor, grimasele, agitaţia mâinilor, crizele de râs sau de plâns tară explicaţie aparentă, respiraţia zgomotoasă, privirea pierdută în gol, întoarcerea capului, răsucirile în jurul propriei axe sau mersul pe vârfuri sunt manifestări comune ale autismului şi ale crizelor epileptice de lob frontal. Aceste crize de lob frontal pot antrena şi auto-mutilarea şi atacurile agresive în unele cazuri.

Autoarea observă faptul că tulburările lobului frontal (cu sau fără crize de epilepsie) pot antrena apariţia unor simptome care sugerează existenţa autismului, tulburări ale atenţiei, hiperactivitate, ataşamentul obsesiv faţă de rutine şi anomalii ale vocii şi ale intonaţiei.

Crizele asociate lobului frontal se produc deseori fără o pierdere a conştiinţei. în unele cazuri, ele se pot produce în manieră aproape continuă, ceea ce determină o diferenţiere dificilă faţă de autism. Gillberg (1991) a constatat că tulburările responsabile de crizele epileptice la nivelul lobului frontal, de exemplu, rubeola, scleroza tuberoasă şi encefalita, sunt cunoscute printre cauzele posibile ale autismului. Aceste crize ar putea constitui,

după afirmaţiile autoarei, o ultimă disfuncţie comună, care rezultă ca urmare a problemelor cerebrale, ele antrenând, la rândul lor, simptomele autistice.

Aceste crize epileptice de lob frontal sunt presupuse a fi o cauză posibilă pentru ticurile faciale, vocale şi motorii caracteristice sindromului Gilles de la Tourette.

în legătură cu ***tipurile*** *de epilepsie* care se manifestă în cadrul autismului s-a încercat realizarea unor sinteze. Există dovezi care atestă faptul că unii copii suferind de spasme infantile (sindromul West) prezintă un risc crescut, în raport cu cei normali, de a dezvolta un comportament autistic sau analog acestuia. De asemenea, spasmul infantil este asociat şi cu scleroza tuberoasă, care se leagă, la rândul ei, de autismul primei copilării. Această triplă conexiune este destul de dificil de explicat, dar se poate presupune că scleroza tuberoasă (diagnosticată clinic sau nu) provoacă atât spasmul infantil cât şi autismul.

Epilepsia psihomotorie

Corbett (1982) a sugerat faptul că epilepsia psihomotorie cu afectarea lobului temporal ar putea fi mai frecventă în cadrul autismului decât se recunoaşte în mod obişnuit şi subestimarea ei ar putea fi datorată dificultăţilor diagnostice, boala manifestându-se în momentul în care tulburările complexe de tip comiţial afectează copii necomunicativi. Acest fapt este în concordanţă cu experienţa unui alt autor (Gillberg, 1987), care a publicat cazul unei fetiţe autiste prezentând tulburări comiţiale complexe, însoţite de scurte perioade de privire fixă şi absentă şi de descărcări ale lobului temporal la examinarea EEG. Comportamentul autist al fetiţei în cauză ca şi fixitatea privirii au dispărut însă rapid după un tratament cu acid valproic.

Relaţiile dintre o dezvoltare psihotică şi epilepsia psiho-motrică au fost ilustrate şi de o serie de studii din Marea Britanie care au relevat că epilepsia de lob temporal predispune la apariţia ulterioară a psihozelor la băieţi cu anomalii ale EEG pe partea stângă.

Epilepsia motorie minoră (epilepsiile mioclonice ale primei

copilării)

Dacă spasmul infantil constituie o excepţie, epilepsiile mioclonice ale copilăriei nu au fost nici ele considerate curente în cadrul autismului primei copilării. Au fost descrise cazuri clasice de autism relaţionate cu epilepsia motrică minoră, Gillberg şi colaboratorii săi reţinând cazul unui subiect masculin autist prezentând crize comiţiale motrice grave şi frecvente, crize care au încetat şi ele în urma tratamentului cu acid valproic.

Petit mal

S-a constatat faptul că *le petit mal,* o altă formă de epilepsie generalizată sub-corticală, imita autismul la un băiat de 8 ani care prezenta, aproape permanent, unde la 3 cicli/s pe electroencefalogramă. Acest caz a fost însă recuperat în mod spectaculos, atât din punct de vedere psihiatric, cât şi neurologic, printr-o monoterapie cu etosuximid.

Grand mal

Este considerat ca fiind cea mai frecventă formă de epilepsie, atât la modul general, cât şi în cadrul autismului. In realitate, nu există însă dovezi ştiinţifice care să ateste acest fapt.

Dacă un copil prezintă sindromul spasmului infantil, se pot imagina o serie de posibilităţi: scleroza tuberoasă, neurofibromatoza, fenilcetonuria şi hidrocefalia minoră.

în cazul crizelor comiţiale care apar la o vârstă mai înaintată, diagnosticul diferenţial se modifică. Dacă este vorba de o fată, trebuie să se aibă în vedere sindromul Rett, 71 % dintre cazurile cu acest sindrom prezentând epilepsie. Dacă este vorba de un băiat, posibilitatea unui sindrom de cromozom X fragil, care coincide uneori cu autismul sau cu epilepsia, trebuie avută în vedere. S-a sugerat faptul că axul de disfuncţie a trunchiului cerebral - hipotonie musculară -epilepsie psihomotrică - autism poate fi asociat în mod specific cu sindromul amintit.

De asemenea, crizele comiţiale la copii se pot asocia cu unele tulburări ale metabolismului purinelor; de aceea, acesta trebuie evaluat cu precădere la copiii autişti care prezintă crize de epilepsie.

O problemă care se adaugă controverselor legate de asocierea autism-epilepsie este cea a sindromului Landau-Kleffner. Un articol apărut în 1995 în *Journal of Pediatrics* subliniază faptul că acest sindrom este o tulburare rară, iar printre subiecţii afectaţi, se numără puţine cazuri de autism. Nu este nici o îndoială însă că unele cazuri de sindrom Landau-Kleffner (o tulburare epileptică) prezintă o serie de simptome caracteristice autismului. Acest sindrom este însă relativ puţin cunoscut, chiar printre specialişti, deci este greu să se emită ipoteze legate de manifestările şi de legătura sa cu autismul sau cu crizele epileptice.

In ceea ce priveşte crizele epileptice şi tratamentele aplicate acestora, studiile continuă, mai ales cele legate de efectul vitaminei B_6 în doze mari, comparativ cu cel al steroizilor în tratamentul antiepileptic convenţional pentru copii. Cercetătorii au utilizat 300 mg de vitamină B6 pe kilogram corp în fiecare zi, ceea ce reprezintă, conform celor afirmate de Lelord, de 18 ori doza optimă recomandată în cazurile de autism. Această vitamină s-a dovedit a fi mai eficientă şi, evident, mai inofensivă decât steroizii. De asemenea, trebuie menţionat faptul că este posibil ca eficacitatea deseori remarcabilă a dimetilglicinei (DMG) şi a vitaminei B_6 combinată cu magneziu în tratamentul autismului să fie rezultatul efectului lor anticonvulsivant. Subiectul merită din aceste motive cercetări mai aprofundate.

în consecinţă, în scopul stabilirii unui diagnostic precis, care să nu lase locul unor interpretări ulterioare şi care să permită alegerea unei modalităţi terapeutice adecvate, este necesară, în cadru! tabloului clinic, eliminarea unor posibile interferenţe provenite din tulburări asemănătoare şi care sunt susceptibile de a modifica rezultatele scontate prin aplicarea proiectului terapeutic individualizat.

4. DESCRIEREA CLINICĂ A AUTISMULUI INFANTIL

în lucrările recente, accentul este pus pe disfuncţionalitatea socială a copilului autist care nu vibrează la diapazonul uman. El nu ştie să analizeze informaţia transmisă, provenită din partea superioară a feţei. Ochii şi sprâncenele nu sunt pentru el purtători de mesaje sau, dimpotrivă, îi provoacă o emoţie extremă, insuportabilă.

Copilul autist supravieţuieşte în mediu, controlând cu greu evenimentele, adaptându-se cu greu, agăţându-se cum poate de senzaţiile care îi oferă o oarecare siguranţă, senzaţii devenite cu timpul stereotipe. El foloseşte stereotipiile pentru a umple câmpul conştiinţei şi a reduce informaţia deranjantă, nedorită.

Copilaşul autist pare a nu putea utiliza, din raţiuni încă nedesluşite, partenerul uman (privire, faţă, atitudini, expresii mimice, intonaţii ale vocii) pentru a se orienta. El se dezvoltă fără tutore, primind din plin ceea ce-i atinge şi stimulează canalele senzoriale fără o schemă de filtrare, reacţionează total sau deloc la aceste senzaţii care, nemodulate, sunt extreme, este agresat de stimulii pe care nu ştie să-i organizeze şi cel mai adesea oscilează între o inhibiţie totală şi o deschidere totală. De exemplu, în plan vizual, el poate fixa o sursă de lumină puternică fără să pară jenat sau, dimpotrivă, nu poate suporta privirea intensă a cuiva fără să-şi întoarcă faţa.

Stereotipiile de care se agaţă copilul autist duc la apariţia acelor balansări înainte şi înapoi îndată ce poate să stea în patru labe, la seriile interminabile de sărituri pe saltea sau la mişcările de rotaţie în jurul propriei axe, ameţitoare ca un drog. Aceste autostimulări au puterea de a-l ocupa spiritual, de a diminua activitatea cerebrală şi de a evita supraîncărcarea.

Filtrajul nu se face urmând tiparele sociale: figurile şi formele sunt extrase urmându-se parametrii perceptivi şi nu criteriile vieţii sociale. Sunetele apar triate, filtrate în funcţie de caracteristicile fonetice sau ritmice şi nu în funcţie de semnificaţie. Dificultatea de a simplifica mediul înconjurător prin sisteme, forme, scheme, scenarii, categorii se regăseşte în incapacitatea de a segmenta informaţia în unităţi cu sens. Aceasta este originea unor viitoare tulburări ale

comprehensiunii, ale limbajului, în special repetarea cuvintelor ca un ecou - ecolalia.

Autistul, mai ales când este hipertonic, se prezintă deseori ca un copil vioi, independent şi voluntar în timpul primului an de viaţă. Deficitele sale intelectuale sau sociale nu ies în evidenţă decât cu timpul pentru că vizează mai ales stabilirea de relaţii sociale reciproce şi operaţii mintale abstracte şi verbale. Copilaşul nu a atins încă acest stadiu şi de aceea prăpastia nu va apare decât de-a lungul anilor ce vin. Autiştii cei mai puţin atinşi sau cei mai inteligenţi pot da chiar iluzia unei supradotări în primii ani.

Inteligenţa lor este însă rigidă imediat ce depăşeşte sfera pasiunilor. Talentele lor excepţionale apar acolo unde nu este necesară speculaţia, plecând de la punctul de vedere al altuia. Aşa cum aminteşte E. Schopler (1991), autiştii supradotaţi sunt mai numeroşi în lucrările ştiinţifice, decât în realitate. De fapt, chiar cei mai dotaţi prezintă o formă de inteligenţă care nu le permite sesizarea subtilităţilor socialului sau ale limbajului verbal în timpul unei conversaţii. Regulile jocului social le sunt aproape inaccesibile şi ei trebuie să depună eforturi considerabile pentru a-şi regla distanţa, postura, mimica, timbrul vocii, pentru a şti cum să se apropie de un grup.

Acest joc insidios al instalării simptomatologiei premonitorii este, fără îndoială, una dintre cauzele dificultăţii diagnosticării şi, în consecinţă, a aplicării schemei terapeutice adecvate. Referindu-ne şi la conivenţa patologiei cu altele, înrudite sau aparent înrudite, putem să ne dăm seama de complicaţiile (erorile) posibile, pledând totodată pentru un maxim de repere fiabile şi flexibilitate în gândirea psiho-clinică.

DSM-IV ia în considerare o serie de aspecte de maximă importanţă: vârsta la debut, evoluţia, gradul de deteriorare, complicaţiile, prevalenta, rata sexului, factorii predispozanţi, *pattern-\A* familial, diagnosticul diferenţial.

Vârsta la debut

Relatările părinţilor plasează debutul înainte de vârsta de 3 ani în marea majoritate a cazurilor. Sunt raportate foarte puţine cazuri cu debut după vârsta de 5-6 ani. Cu toate acestea, este foarte greu de stabilit retrospectiv vârsta reală, la debut, în afară de cazul în care cei care au îngrijit copilul în primii ani sunt capabili (au pregătirea, spiritul de observaţie şi detaşarea necesară) să dea o informaţie exactă despre dezvoltarea limbajului, sociabilitate şi joc.

Manifestările în perioada de sugar sunt mai subtile şi mai dificil de definit decât cele observate după 2 ani. Părinţii copiilor unici pot să ignore aceste probleme până când nu ajung să-şi observe copilul în comparaţie cu alţi copii şi astfel pot data vârsta la debut începând doar din acel moment, deşi o anamneză minuţioasă relevă adesea că anomaliile sunt prezente mai de mult. In cazuri extrem de rare, există o perioadă de dezvoltare aparent normală, urmată de dezintegrarea rapidă a aptitudinilor sociale şi cognitive şi de

apariţia elementelor caracteristice ale tulburării de dezvoltare de tip pervasiv. Astfel de cazuri au fost etichetate ca sindrom Heller sau psihoză dezintegrativă.

Evoluţia

Manifestările tulburării sunt prezente în aproape toate cazurile, toată viaţa, deşi ele variază cu vârsta cronologică şi cu severitatea handicapurilor. Unii copii prezintă o ameliorare a aptitudinilor sociale, a limbajului, în jurul vârstei de 5-6 ani; în unele cazuri această ameliorare poate fi chiar marcată.

Pubertatea poate aduce modificări în orice direcţie. Funcţiile cognitive şi aptitudinile sociale se pot deteriora sau ameliora, independent unele de altele. Există adesea o exacerbare a comportamentului agresiv, opoziţional, sau a altui tip de comportament turbulent, care poate dura mulţi ani. Un număr mic de copii este capabil să ducă o viaţă independentă, numai cu semne minime ale elementelor esenţiale ale tulburării, dar neadaptarea socială şi inerţia pot persista. Cei mai mulţi rămân deficienţi, cu semne marcate de tulburare. Prognosticul de lungă durată include QI şi dezvoltarea aptitudinilor sociale şi de limbaj.

Gradul** de **deteriorare variază, în majoritatea cazurilor, dar un mediu structurat este necesar de-a lungul întregii vieţi. In cazuri foarte rare persoana poate urma studii medii sau poate primi o educaţie universitară.

Complicaţiile

Complicaţia majoră o constituie apariţia crizelor epileptice. Cei mai mulţi din cei ce prezintă crize epileptice au un QI sub 50. în aproximativ 25% sau mai mult din cazurile de autism au existat unul sau mai multe episoade de crize epileptice până la perioada adultă; totuşi, într-o minoritate considerabilă de cazuri, debutul crizelor epileptice are loc în adolescenţă.

în adolescenţă sau precoce în viaţa adultă, depresia, ca răspuns la conştientizarea parţială a handicapurilor, este comună la cei cu niveluri mai înalte de abilitate (fenomene catatonice, în special excitaţia sau posturarea, ori o stare psihotică nediferenţiată, cu idei delirante şi halucinaţii evidente), pot apare ca răspuns la stres, dar adesea se clarifică rapid dacă stresul se estompează.

Prevalenta

Studii efectuate în Anglia si S.U.A. sugerează că prevalenta tulburării autiste este de aproximativ 4-5 copii la fiecare 10.000. Tulburarea autistă a fost considerată a fi mai

frecventă în clasele socio-economice superioare, dar studii mai noi atestă că această afirmaţie a fost făcută sub influenţa unor idei preconcepute, nerealiste.

Rata sexului

Autismul, conform celor mai multe studii, este mai comun printre băieţi decât printre fete, rata fiind de 3:1 sau 4:1.

Pattern-w/*familial*

Tulburarea este mai frecventă printre rudele copiilor autişti decât în populaţia generală.

Aşa cum afirmam, diagnosticul corect şi precoce al autismului este extrem de important pentru a se limita confundarea lui cu tulburări vindecabile care i se aseamănă. El trebuie deci confirmat prin examene serioase: bilanţ medical şi neurologic, EEG, cartografie. Imageria cerebrală a zonelor creierului mare şi mic este promiţătoare în acest sens, dar se află la început. Astfel cuplarea EEG cu datele obţinute pe calculatoare a permis selecţionarea ritmurilor electrice care informează asupra activităţii cerebrale. Cum autismul se asociază deseori cu epilepsia, focarul epileptic poate fi astfel localizat mai precis şi reprezentat pe o imagine în trei dimensiuni. Cartografia EEG cuantificată oferă selecţionarea unui ritm sau a unei frecvenţe specifice şi apariţia zonelor de localizare ale acestui ritm în culori. Aceste metode permit explorarea zonelor suspectate în autism: creier mic, talamus şi sistem limbic.

Utilizarea potenţialelor diagnostice evocate este de asemenea utilă pentru obţinerea unui diagnostic diferenţial cu surditatea sau pentru determinarea formelor mixte: autism şi surditate.

în cazurile în care autismul este genetic, se pare că anumite proteine nu ar fi reprezentate în cantităţi suficiente, iar altele s-ar găsi în cantităţi prea mari în anumite zone, dar nu în cele potrivite. Pe de

altă parte, nu este exclus ca un metabolism aberant să sintetizeze substanţe toxice pentru creier. Astfel, se pare că circuitul morfinelor endogene este disfuncţional: ele abundă în unele zone şi prezintă carenţe în altele.

Aceste observaţii nu trebuie să inducă o viziune prea simplistă asupra funcţionării sistemului nervos, care nu depinde numai de "carburant" ci şi de structuri; descoperirea unui factor genetic nu va rezolva problema structurilor nedezvoltate la timp. în schimb, dacă structurile sunt intacte, speranţa este mai mare şi se poate încerca un ajutor medicamentos.

Ţinând seama că numărul de băieţi autişti este de patru ori mai mare decât cel al fetelor, cromozomul X este, în consecinţă, suspectat, din moment ce la băieţi el va fi mai degrabă

purtător al erorilor. Sunt cunoscute de altminteri alterările situate pe cromozomul X - sindromul cromozomului X fragil - şi care, chiar corelate cu autismul, pot fi ameliorate prin anumite vitamine, ca de exemplu acidul folie.

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea autistă, aşa cum apar în *DSM-IV {Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* şi în *ICD-IO (International Classification of Diseases)* vor fi trecute în revistă în cele ce urmează. Să remarcăm faptul că, pentru un diagnostic cert, trebuie să fie prezenţi cel puţin 6 din următorii itemi, iar aceştia să includă cel puţin 2 itemi de la (1), unul de la (2) şi unul de la (3). De asemenea, se consideră că un criteriu este satisfăcut numai dacă comportamentul este anormal pentru nivelul de dezvoltare al persoanei.

4.1. Criteriile DSM-IV

Trunchiul A

1) *Alterarea calitativă a interacţiunilor sociale, manifestată prin cel puţin două din următoarele:*

(a) deficienţă marcată în folosirea comportamentelor non-verbale multiple de tipul privirii ochi-în-ochi, a expresiei faciale, a posturilor corporale şi a gesturilor pentru reglarea interacţiunilor sociale;

(b) eşecul dezvoltării relaţiilor cu copii de aceeaşi vârstă, adecvate nivelului de dezvoltare; alterarea masivă a aptitudinii de a-şi face prieteni;

(c) lipsa empatiei faţă de sentimentele altora;

(d) absenţa reciprocităţii sociale sau emoţionale.

2) *Alterarea calitativă a comunicării manifestată prin cel puţin una din următoarele:*

(a) întârzierea sau absenţa dezvoltării limbajului verbal (neînsoţită de încercarea de compensare prin modalităţi alternative de comunicare - gesturi, mimică);

(b) alterarea marcată a aptitudinii de a angaja sau menţine o conversaţie chiar în cazul unui limbaj adaptat;

(c) anomalii marcate ale formei şi conţinutului limbajului, incluzând utilizarea stereotipă şi repetitivă a expresiilor, utilizarea idiosincratică a cuvintelor şi frazelor;

(d) absenţa jocurilor sociale imitative şi a celor simbolice, adecvate nivelului de dezvoltare.

3) *Modele comportamentale repetitive şi stereotipe, restrângerea marcată a câmpului de activitate şi de interese, vizibilă în:*

(a) preocuparea persistentă pentru/faţă de unul sau mai multe modele stereotipe de interese anormale fie ca intensitate, fie ca orientare;

(b) insistenţa în a efectua unele activităţi de rutină în exact aceeaşi manieră;

(c) manierisme motorii stereotipe şi repetitive (incluzând părţi ale corpului sau implicând mişcări ale întregului corp);

(d) preocuparea persistentă pentru anumite părţi ale unui obiect sau ataşamentul faţă de obiecte neobişnuite.

Trunchiul B

întârzieri sau funcţionare anormală în cel puţin unul din următoarele domenii, cu debut înainte de 3 ani:

(1) interacţiune socială;

(2) limbaj folosit în comunicarea socială;

(3) jocul simbolic sau imaginativ.

4.2. Criteriile ICD-l0

A. Dezvoltare anormală sau deficitară evidentă înainte de 3 ani în cel puţin unul din următoarele domenii:

(1) limbaj receptiv sau expresiv folosit pentru comunicarea socială;

(2) dezvoltarea ataşamentelor sociale selective sau a interacţiunilor sociale reciproce;

(3) joc funcţional sau simbolic.

B. Un total de cel puţin 6 simptome prezente, dintre care cel puţin două de la (1) şi câte unul de la (2) şi (3).

(1) *Alterarea calitativă a interacţiunilor sociale manifestate în cel puţin două din următoarele:*

(a) eşecul folosirii adecvate a privirii ochi-în-ochi, a expresiei faciale, a posturilor corporale şi a gesturilor pentru reglarea interacţiunii sociale;

(b) eşecul folosirii (într-o manieră adecvată vârstei mintale şi în pofida oportunităţilor) a relaţiilor de prietenie care implică împărtăşirea reciprocă a intereselor, activităţilor şi emoţiilor;

(c) absenţa reciprocităţii socio-emoţionale manifestată prin:

- răspuns deficitar sau deviant faţă de emoţiile altora,

- absenţa modelării comportamentului în funcţie de contextul social,

- slabă integrare a comportamentelor sociale, emoţionale şi comunicative;

(d) absenţa căutării spontane a împărtăşirii bucuriei, inte reselor sau achiziţiilor.

(2) *Alterarea calitativă a comunicării manifestată în cel puţin unul din următoarele:*

(a) întârziere sau absenţa totală a dezvoltării limbajului vorbit neînsoţită de o încercare de compensare prin folosirea gesturilor sau mimicii, ca mod alternativ de comunicare (deseori precedată de o absenţă a gânguritului);

(b) eşec relativ de iniţiere sau susţinere a unei conversaţii (indiferent de nivelul achiziţionării limbajului), în care să existe capacitatea de a răspunde la comunicarea altor persoane;

(c) folosirea stereotipă şi repetitivă a limbajului sau folosirea idiosincratică a cuvintelor şi frazelor;

(d) absenţa jocului simbolic sau a celui imitativ (în cazul copiilor mai mici).

(3) *Modele restrictive, repetitive şi stereotipe de compor tament, interese şi activităţi, manifestate în cel puţin una din următoarele:*

(a) preocuparea persistentă faţă de:

- unul sau mai multe modele stereotipe de interes anormale ca şi conţinut sau orientare,

- unul sau mai multe interese anormale ca intensitate şi ca natură;

(b) insistenţa aparent compulsivă pentru rutine sau ritualuri nonfuncţionale specifice;

(c) manierisme motorii stereotipe şi repetitive care implică fie porţiuni, fie corpul în întregime;

(d) preocupări faţă de părţi ale obiectelor sau elemente nonfuncţionale ale materialelor de joc (de exemplu, mirosul lor, atingerea suprafeţei sau zgomotul generat de vibraţia lor);

(e) tabloul clinic nu este atribuabil altor tipuri de tulburări pervasive de dezvoltare.

De fapt gradul severităţii handicapului social, profunzimea dezinteresului, combinate cu întârzierea mintală definesc forma clinică.

Scările de evaluare (de exemplu, cea pusă la punct de o echipă din Carolina de Nord) indică existenţa:

• ***autismului uşor*** - copii cu inteligenţă superioară al, căror prognostic de autonomie va fi destul de bun (puţini la număr);

• ***autismului*** *sever* ~ copii al căror prognostic rămâne pesimist privitor la autonomia pe care ar putea-o dobândi.

Pentru a realiza o descriere cât mai completă a simptomatologiei autiste este necesară, fără îndoială, o analiză a deficitelor care sunt prezente în majoritatea cazurilor de autism, definitorii, în mare măsură, pentru tipologia acestuia.

4.3. Deficitele cognitive în autism şi consecinţele lor în plan educaţional

4.3.1. Deficitele senzoriale

O primă dificultate cognitivă se situează la nivelul *senzaţiilor.* Copiii autişti prezintă o tulburare a modulării senzoriale. Chiar dacă receptorul senzorial funcţionează normal, modularea oscilează între suprastimulare şi inhibiţie masivă. T. Grandin (1992), o autistă celebră care a reuşit, la vârsta adultă, să descrie autismul "din interior", compară mediul său sonor cu un radio căruia i s-ar varia intensitatea şi

frecvenţa în mod neaşteptat şi cu apariţia, din timp în timp, a unor zgomote care se transformă într-o veritabilă "picătură chinezească". De aici se pot desprinde două consecinţe: prima, de ordin umanitar, impunând, deseori, suprimarea senzaţiilor (frecvent zgomote) care, obişnuite pentru noi, pot să fie insuportabile pentru un autist. Aceste senzaţii sunt, desigur, diferite în funcţie de subiect, unele constant dezagreabile, altele nu. Ca urmare, dacă o senzaţie, perfect tolerată câteva ore înainte, produce brusc o reacţie de respingere, nu trebuie să considerăm acest fapt ca un capriciu. Cea de a doua consecinţă este de ordin educativ: pentru ca un mesaj să poată fie recepţionat corect, trebuie evitată "pierderea" lui printre alţi stimuli, iar pentru aceasta trebuie îndeplinite două condiţii - amplificarea mesajului şi simplificarea sa, concomitent cu diminuarea celorlaţi stimuli care parvin prin acelaşi canal senzorial sau prin altele.

De exemplu, dacă se doreşte prezentarea unei sarcini vizuale, pe care copilul autist trebuie să o realizeze, un exerciţiu de triere a obiectelor sau de lectură, acest lucru se va face pe o masă eliberată de orice alţi "stimuli", cât mai neutră, iar ambianţa va fi tot neutră. In cazul în care se doreşte înţelegerea unui mesaj verbal, mai ales dacă acesta este nou, se vor utiliza cât mai puţine cuvinte; oricum, se va încerca favorizarea formei vizuale a mesajelor, care este o formă stabilă.

Această "asepsie senzorială" prezentă la copiii autişti, se regăseşte în general în situaţii dificile şi mai ales în două circumstanţe: învăţarea şi momentele de supraîncărcare emoţională. în acelaşi timp, dacă un copil va dobândi o nouă competenţă, el va trebui să o poată utiliza în viaţa cotidiană. Va fi deci necesară şi o diminuare progresivă a acestei asepsii senzoriale pentru a se ajunge la condiţii de viaţă relativ normale.

Tulburările perceptive

încă din primele descrieri ale autismului, Kanner sublinia existenţa anomaliilor privirii copiilor care sufereau de acest sindrom. Ulterior, descrierea clinică a tulburărilor perceptive din autism s-a îmbogăţit treptat. Cercetările cognitive propriu-zise au debutat la sfârşitul anilor '60; în 1967, Metz scotea în evidenţă preferinţa acestor copii pentru sunetele cu frecvenţă înaltă. în 1980, James şi Barry

demonstrau experimental existenţa unei sensibilităţi anormal de ridicate la un anumit tip de stimuli perceptivi la copiii autişti.

Cu toate acestea, cercetările realizate de Hermelin şi O'Connor (1967; 1978) au exclus existenţa unui deficit senzorial simplu, adică la nivelul periferic al tratării informaţiei senzoriale. Acest fapt i-a determinat pe cei doi cercetători să ia în considerare niveluri mai ridicate ale tratării acestor informaţii. Au fost obţinute trei tipuri de date experimentale: un deficit al filtrării stimulilor senzoriali ar putea corespunde anomaliilor EEG observate (abundenţa ritmurilor rapide, anomalii ale latenţei potenţialelor evocate ale trunchiului cerebral), un deficit al integrării stimulilor aparţinând mai multor modalităţi senzoriale (fapt dovedit experimental de către Lelord, Martineau, 1980),

anomalii ale discriminării, structurării şi memorizării stimulilor senzoriali, în funcţie de conţinutul lor emoţional, simbolic sau lingvistic.

Cercetările autorilor menţionaţi s-au referit şi la conduitele perceptive ale copiilor autişti. Ei au arătat faptul că în faţa unor fotografii etalate, copiii autişti priveau în mod preferenţial fondul, în timp ce cei normali priveau de preferinţă figurile. Mai recent, Bullinger (1989) a scos în evidenţă o serie de alte anomalii ale conduitelor perceptive la copiii autişti, aceştia folosind, în opinia sa, în manieră privilegiată, proprietăţile periferice ale sistemului lor vizual, în detrimentul celui foveal. Bullinger afirmă că aceşti copii adoptă o atitudine de protecţie când li se prezintă un obiect din faţă; dacă însă acesta le este prezentat din lateral, adoptă o atitudine asimetrică şi pot să apuce obiectul întins. Manipularea unui obiect pare incompatibilă cu controlul vizual foveal: în momentul întinderii mâinii, obiectul este fovealizat, iar îndată ce contactul tactil este stabilit, fie fovea părăseşte această "adresă", fie mâna părăseşte obiectul. In ambele cazuri, mâna se regăseşte la periferia sistemului vizual. De asemenea, gesturile de manipulare exercită un control asupra mişcării obiectului, dar apucarea acestuia se face cu presiuni minimale, astfel încât sistemul spino-talamic este cel care transmite senzaţia şi nu sistemul lemniscal; or, în general, sistemul spino-talamic tratează aspectele calitative ale senzaţiilor tactile, în timp ce cel lemniscal, mai recent din punct de vedere filogenetic, tratează proprietăţile spaţiale ale obiectelor întâlnite şi ghidează mâna în activităţile instrumentale.

Astfel, totul se petrece ca şi cum copilul autist, prin conduitele sale perceptivo-motrice, ar evita stimulările care îl confruntă cu pro-

prietăţile geometrice precise ale obiectelor şi ale spaţiului care le conţine, preferând o percepţie mai flexibilă, cu semnificaţie mai curând tonico-emoţională decât instrumentală. Pentru a preciza acest fapt, Bullinger, distinge "spaţiul gestului" şi "efectele spaţiale ale gestului": "spaţiul gestului" se descrie în termeni de mişcare, de viteză, de accelerare, de contracţii musculare, iar "efectele spaţiale ale gestului" sunt constituite dintr-o serie de adrese în spaţiu, o urmă, reflectarea unei mişcări. El precizează faptul că autistul trăieşte mai curând în spaţiul gestului, evitând efectele spaţiale ale gestului.

4.3.2. Tulburările inteligenţei

Una din contribuţiile cercetărilor cognitive aduse autismului infantil este aceea de a arăta posibilitatea evaluării nivelului intelectual al acestor copii, cel mai adesea consideraţi netestabili. Posibilitatea supunerii copiilor autişti la probe de tip psihometric presupune o alegere extrem de judicioasă a acestora şi examinatori dotaţi cu multă răbdare, deoarece deseori răspunsurile nu sunt obţinute decât după un timp foarte îndelungat sau chiar deloc.

Marea majoritate a copiilor autişti prezintă un deficit intelectual, în opinia lui De Myer (1981), 75% dintre ei au un coeficient de inteligenţă sub 52 şi doar 2,6% mai mare de 85. Conform afirmaţiilor lui Rutter (1985), 1/5 până la 1/4 dintre autişti prezintă un coeficient de inteligenţă normal. Foarte puţini dintre ei au o competenţă excepţională într-un anumit domeniu. Firesc, scorurile obţinute sunt întotdeauna mai ridicate la probele de performanţă decât la cele verbale.

în general, eterogeneitatea intrascalară e marcată. Cel mai adesea, cu excepţia itemilor care necesită aptitudini verbale, cei care atestă capacitatea de simbolizare sunt cotaţi cu rezultatele cele mai slabe. De exemplu, în cazul aplicării WISC-ului, eşecurile apar în special la itemii "comprehensiune", "vocabular", "similitudini"., iar la probele de performanţă, dificultăţile sunt evidente la itemul "aranjarea imaginilor".

*4.3.3. **Deficitele** de **atenţie***

Deficitele atenţionale apar la copiii autişti deoarece ei au o paletă de interese diferită de a noastră. Din cauza deficitului de socializare, a dificultăţii de a învăţa prin intermediul celuilalt, ei nu

adoptă ca important şi semnificativ ceea ce le va părea astfel celorlalţi. De asemenea, ei nu sesizează punctul asupra căruia li se cere să-şi fixeze atenţia. Pentru aceasta, este indispensabil ca mediul să fie comprehensibil, structurat. De aceea, este utilă amenajarea unui loc distinct pentru lucru, pentru masă, pentru jocul solitar, pentru activităţile sociale, fără a se neglija un loc rezervat aşteptării sau momentelor de tranziţie. In acest mod, copilul va asocia fiecare loc cu o activitate specifică.

Un alt motiv pentru care un autist nu reuşeşte să-şi fixeze atenţia este legat de faptul că deseori nu se face apel la gama motivaţională care este valabilă pentru el. Dacă, de exemplu, unui copil îi place să se joace cu lanterna, această motivaţie va putea fi utilizată în activităţi de recunoaştere sau de triere, cerându-i-se să dirijeze fascicolul de lumină către toate literele A conţinute într-un text scris pe tablă. Recompensa care urmează după o activitate care constrânge este o formă de motivaţie naturală în orice educaţie. In acest caz, va trebui acceptat caracterul neconvenţional al acestei recompense, care va consta, poate, în jocul cu o sârmă sau cu o sforicică.

în sfârşit, un element suplimentar care se adaugă acestor dificultăţi este slaba înţelegere a noţiunii de timp şi prin aceasta, a succesiunii evenimentelor, generatoare a unui sentiment de impre-vizibilitate şi deci, de angoasă. Remediul va consta în alegerea unor evenimente previzibile, prin structurarea timpului (orar constituit în funcţie de capacităţile de abstractizare ale copilului, plecând de la obiecte, imagini sau cuvinte scrise).

Tulburările atenţiei conjugate

"Atenţia conjugată" a fost descrisă de către Bruner în 1975. Este vorba de capacitatea de orientare a privirii către un acelaşi obiect, în acelaşi timp cu un partener de dialog. în general, dezvoltarea acesteia debutează între 2-4 luni, pentru ca ea să fie complet achiziţionată spre sfârşitul primului an de viaţă. Această capacitate este deficitară în cazul autismului, fapt demonstrat de cercetările efectuate de un grup de autori, care au folosit, în acest scop, un lot de 54 copii, din care 18 autişti, 18 copii normali şi alţi 18 copii cu deficienţe, dar nonautişti, cu aceleaşi vârste cronologice; autorii au subliniat faptul că această deficienţă a "atenţiei conjugate" a fost unul din principalele criterii pentru selectarea subiecţilor autişti, prin

folosirea Scalei de Comunicare Socială Precoce *{Early Social Communication Scale).*

Hobson (1989) propune distingerea a două etape în dezvoltarea "atenţiei conjugate": o primă etapă care nu ar necesita evaluarea de către copil a stării mintale a partenerului şi o a doua în care ar avea loc această evaluare, iar în cazul copilului autist ar fi vorba de o deficienţă a acestei a doua etape.

4.3.4. Tulburările de memorie

In general, memoria copiilor autişti nu pare a fi deficientă. Dimpotrivă, ei sunt uneori capabili să memorizeze foarte precis situaţii pe care le-au cunoscut şi pe care simt nevoia să le regăsească întocmai. Aceşti copii pot să pară chiar dotaţi cu capacităţi excepţionale de memorizare. Cu toate acestea, memoria lor este mai mult de tip gestaltist decât discursivă şi simbolică. Hermelin şi O'Connor (1970) au arătat faptul că, spre deosebire de copiii cu deficienţă mintală, copiii autişti memorau la fel de bine suite de cuvinte sau imagini nestructurate sau structurate, nereuşind însă să folosească sensul unei suite de cuvinte pentru a o memora. Aceste aspecte pot să constituie dovada existenţei unei tulburări a memoriei semantice sau categoriale.

Deficitele de stocare şi encodare în cadrul memorării

în sensul vizual al termenului, se spune că autiştii au o memorie bună: ei stochează bine, precizia unor amintiri în unele domenii demonstrează acest lucru. Ceea ce este problematic este clasificarea informaţiei, encodarea.

Clasificarea după criterii perceptive, care se realizează în cortexul drept, este deseori destul de bine conservată la aceşti subiecţi. Este unul din punctele lor tari, de aceea, se preconizează utilizarea criteriilor vizuo-spaţiale pentru a-i ajuta să-şi găsească reperele.

Clasificarea după categorie şi cea după secvenţă, coordonate de cortexul stâng, este însă mult mai laborioasă.

a) In ceea ce priveşte *clasificarea categorială,* bază a conceptualizării, ea este dificilă deoarece implică un grad de abstractizare, dar şi pentru că deseori, etapa prealabilă, cea a construcţiei de obiecte, este relativ slabă calitativ. In acest caz, pentru munca de clasificare, persoanele autiste trimit în memorie nu obiectul în el însuşi, ci

impresiile emoţionale asociate obiectului. Ele asociază aceste impresii cu codul obiectului, dând naştere unor cuplaje aberante care depind de situaţie. De exemplu, pivniţa poate să codeze în mod logic, în locul subsolului casei, senzaţia de noapte, dar poate să codeze, în mod straniu, şi faptul de a aprinde lumina deoarece, de fiecare dată când se merge în pivniţă, se aprinde lumina.

Un alt exemplu de codaj aberant este cel al răspunsului dat de un copil de 6 ani, la întrebarea mătuşii sale: "Ce-ţi doreşti de Crăciun?", răspunsul fiind: "Este prea scump". "Dar ce e prea scump?" "E prea scump, e prea scump", repetă copilul, care în final ţipă şi plânge. După câteva zile, se ajunge la concluzia că răspunsul "e prea scump" codează un joc, văzut de copil într-un magazin, iar remarca mamei fusese în acel moment, "e prea scump". Acest exemplu este important din două motive: în primul rând, demonstrează necesitatea absolută a circulaţiei informaţiei între diferitele persoane care intervin în educaţia autistului, iar în al doilea rând, demonstrează incapacitatea psihoterapiilor clasice de a contribui la reconstruirea universului simbolic şi afectiv al copilului autist.

Cum poate fi ajutat un copil autist să realizeze codaje categoriale corecte? Ar exista două soluţii complementare:

- prevenirea cuplajelor aberante;

- asigurarea corectitudinii generalizării conceptului. Prevenirea cuplajului aberant înseamnă sublinierea, în fiecare

moment, a ceea ce este important într-o situaţie, comentând-o: printr-o structură fizică, printr-o imagine, printr-un cuvânt sau frază, în funcţie de capacităţile copilului. Când se va aprinde lumina, va trebui arătat întrerupătorul şi spus "aprind lumina" şi nu "mergem în pivniţă", cel puţin până când există certitudinea achiziţionării conceptelor, ceea ce implică multă concentrare.

Asigurarea măsurii în care conceptul a fost generalizat este legată de caracteristica semnificativă care defineşte conceptul şi care trebuie să fie recunoscută în toate situaţiile. In cazul conceptului de *creion,* copilul trebuie să recunoască creioane în locuri diferite, altele decât masa de lucru. Este necesară sublinierea faptului că generalizarea implică obligatoriu din partea educatorului numeroase repetiţii.

b) *Encodarea secvenţială* prezintă o dificultate suplimentară legată de reţinerea secvenţelor în ordinea corectă. Aceasta implică, deci, pe plan educativ:

- descompunerea fiecărei acţiuni în etape succesive;

- concretizarea acestor etape prin obiecte, imagini, scheme, cuvinte scrise sau raporturi verbale foarte schematice, evident, în funcţie de capacitatea de abstractizare a individului. Cerinţa este, în acest caz, de a nu lăsa nimic implicit, acest lucru find dificil de rea lizat.

4.3.5. Tulburările de limbaj

Tulburările de limbaj sunt constante şi, în cele mai multe cazuri, majore în autism. Se estimează faptul că aproximativ o treime dintre autişti nu reuşesc achiziţionarea nici unui limbaj şi o altă treime nu dezvoltă decât un limbaj rudimentar.

Importanţa prognostică a dezvoltării limbajului a fost subliniată încă din anii '50 de către o serie de autori care susţineau faptul că absenţa dezvoltării unui limbaj comunicativ înainte de 5 ani este un criteriu pentru un prognostic rezervat, aspect confirmat ulterior şi de alţi cercetători. Anomaliile de dezvoltare a limbajului pot fi de mai multe tipuri.

Tulburările comunicării pr ever bale

în general, există relativ puţine date despre comunicarea prelingvistică a copiilor foarte mici care vor deveni autişti deoarece aceştia sunt observaţi doar în mod excepţional la această vârstă. Aspectele care au fost observate însă sunt următoarele:

absenţa gestului de indicare *(pointing)* şi a gesturilor care atrag atenţia unui partener asupra unui obiect sau a unei situaţii;

sărăcia gestuală comunicativă; Wetherby şi Prutting (1984) au arătat că şi în cazul în care copiii autişti ar dispune de mai multe acte decât de limbaj comunicativ, acestea ar fi extrem de sărace, Hmitându-se la acte de cerinţă sau de protest. Autiştii îşi exprimă însă dorinţele sau emoţiile prin comportamente aberante: ţipete, heteroagresivitate, auto-agresivitate. Contrar copiilor surzi sau celor cu tulburări specifice de limbaj, copiii autişti nu dezvoltă în mod spontan modalităţi non-verbale pentru a emite mesaje complexe;

deficitele gestuale şi de mimică ce acompaniază limbajul, fiind vorba aici de absenţa expresiilor faciale, a zâmbetelor,

care însoţesc în mod normal un dialog, autiştii neştiind nici să interpreteze aceste expresii văzute la alţii.

Tulburările de limbajpropriu-zise

O clasificare a acestora ţine seama de nivelurile de *realizare* şi de *comprehensiune* a limbajului după cum urmează. Astfel, *realizarea* se distinge la:

a) nivelul fonologie - cel mai adesea, autiştii care vorbesc nu prezinte deficite de articulare, dar îşi dezvoltă sistemul fonologie într-un ritm mai lent decât cel normal;

b) nivelul morfosintactic - o serie de cercetători au scos în evidenţă diferenţe ale morfologiei şi sintaxei la copiii autişti, cum ar fi o utilizare deficitară a morfemelor corespunzătoare timpurilor verbale şi articolelor, ceea ce pare să denote o dezvoltare mai lentă, o plafonare a acestei dezvoltări;

c) nivelul semantic - în cazul autismului este extrem de afectat. Copiii autişti dau dovadă de o dificultate foarte marcată de a utiliza cuvintele, respectând semantica acestora. Uneori pot ajunge la un nivel satisfăcător al vocabularului, dar eşuează nu la reprezentarea semnificaţiei cuvintelor, ci la utilizarea lor corectă. Dificultăţile specifice se referă mai ales la folosirea termenilor caracteristici pentru spaţialitate, temporalitate şi pentru relaţiile interpersonale;

d) nivelul pragmatic - utilizarea socială a limbajului este, de asemenea, extrem de perturbată. A fost descrisă în cazul autismului o spontaneitate redusă a limbajului, cu expresii verbale accidentale, absenţa unei intenţii aparente de comunicare, deficite ale adaptării la rolurile unei conversaţii, nerespectarea regulilor de politeţe, de aşteptare a momentului pentru a vorbi, o rigiditate şi o inadaptare a limbajului în raport cu contextul sau cu sarcina, o variabilitate a calităţii şi abundenţei comunicării în funcţie de interlocutor, mai mult sau mai puţin familiar cu situaţia;

e) nivelul prozodic - existenţa unor anomalii de tipul monotoniei intonaţiei, cu un procent crescut de frecvenţe înalte, cu o hipo-sau hipernazalitate, cu un control deficitar al volumului vocii, cu frecvente şuşoteli şi o sărăcie a accentuării tonice;

f) nivelul de ecolalie - foarte frecventă, fiind uneori singura realizare lingvistică a copilului autist. Ea nu este însă

specifică, putând fi întâlnită şi în cazul unor demenţe infantile, la copiii nevăzători sau chiar la unii copii normali. Lucrările din domeniul cognitiv s-au oprit mai ales asupra funcţiilor ecolaliei, fiind considerată cel mai adesea, ca non-comunicativă. Cu toate acestea, Prizant şi Duchan (1981) îi recunosc şase funcţii: luare de cuvânt, afirmaţie, răspuns pozitiv, cerere, repetare, care ajută la tratarea informaţiilor şi autoreglare a discursului. Ei au propus o ipoteză conform căreia ar exista diferite stiluri de achiziţie a

limbajului, repartizate între un pol analitic, în care ecolalia nu ar fi utilizată şi un pol gestaltist, care s-ar baza pe ecolalie. Autistul s-ar situa la extremitatea acestui pol gestaltist, poate şi datorită deficitului de atenţie conjugată, care l-ar priva de decuparea limbajului indicată de adult. *Comprehensiunea*

In această privinţă au fost puse în evidenţă mai ales dificultăţile copiilor autişti de a înţelege sensul expresiilor lingvistice în cazul în care contextul nu este evocator. Tager-Flusberg (1981) a arătat faptul că înţelegerea frazelor este precară faţă de cea a copiilor normali, mai puţin din motivele unei comprehensiuni sintactice deficitare, cât mai ales din raţiuni de comprehensiune semantică.

4.4. Tulburările de interacţiune socială

4.4.1. Tulburările legate de interacţiunile precoce

Se vorbeşte relativ puţin despre cercetările cognitive cu privire la interacţiunile precoce în autism, fără îndoială datorită dificultăţilor metodologice legate de momentul stabilirii diagnosticului (rareori în perioada primului an) şi datorită faptului că, cel mai adesea, nu se cunoaşte dezvoltarea timpurie la copiii autişti. Cu toate acestea, Ornitz şi colaboratorii săi (1977) susţin existenţa unor anomalii discrete ale reacţiei sugarilor autişti faţă de alte persoane, anomalii prezente încă din primele 3 luni, fapt scos în evidenţă şi de cercetările **lui** Houzel (1985) pentru 60% dintre copiii studiaţi. S-au oferit exemple legate de modul în care, în situaţii de exprimare a dorinţelor, de frustrare, de surprize agreabile sau dezagreabile, vocalizele

micuţilor autişti erau cu totul ieşite din comun, idiosincratice, diferite de cele ale copiilor normali de aceeaşi vârstă cronologică.

4.4.2. Tulburările comunicării emoţiilor şi a altor stări mintale

Aşa cum sublinia Hobson (1989), până în anii '80, puţini specialişti au fost interesaţi de aspectul emoţional al sindromului autist, poate şi datorită excluderii emoţionalităţii din câmpul cercetărilor cognitive în domeniu. Ulterior însă, în scopul recunoaşterii emoţiilor altcuiva au fost utilizate filme încărcate din punct de vedere emoţional, cărora copiii trebuiau să le asocieze un semn convenţional sau fotografii ale unor feţe care trebuiau triate în funcţie de emoţia exprimată; s-a demonstrat atunci eşecul copiilor autişti la aceste tipuri de probe. S-a ajuns astfel la concluzia că autiştii se găsesc în incapacitatea de a înţelege evenimentele create prin punerea în scenă a unor personaje, evenimente cu conţinut intenţional şi emoţional.

De asemenea, înţelegerea şi folosirea cuvintelor cu conţinut emoţional sunt extrem de perturbate la copiii autişti. In general, ei nu utilizează limbajul pentru a vehicula emoţii, iar limbajul lor, atunci când există, este lipsit de tonalitate emoţională.

Alţi cercetători din domeniu au studiat recunoaşterea altor expresii mintale: convingere, intenţie, utilizând scenarii cu marionete sau aranjamente ale unor imagini, reprezentând anumite stări mintale ale personajelor reprezentate (S. Baron-Cohen, 1985). S-a scos astfel în evidenţă incapacitatea autiştilor de a atribui o convingere unei alte persoane, de a concepe o poveste ţinând cont de stările mintale ale protagoniştilor, de a înţelege scenarii cu conţinut emoţional. Ei sunt incapabili să-şi reprezinte caracteristicile psihice şi interacţiunile implicite ale interlocutorilor, fiind vorba, de o tulburare a integrării şi de reglare internă a obiectelor mintale ale altcuiva.

4.4.3. Modul de abordare a problemelor de interacţiune socială

Dificultăţile grave din domeniul interacţiunilor sociale constituie o problemă centrală în cadrul autismului şi al altor forme de tulburare globală de dezvoltare. Pentru abordarea lor corectă, este necesară cunoaşterea naturii acestora. Problemele nu au nici o tangenţă cu timiditatea excesivă şi nu sunt nici rezultatul unei retrageri

sociale voluntare. Se cunoaşte faptul că activitatea cerebrală umană este programată înainte de naştere de aşa manieră încât, cu ajutorul experienţelor obişnuite din cursul vieţii, achiziţiile mersului, vorbirii, citirii, scrierii apar într-o ordine anume. Cercetări recente asupra dezvoltării copilului lasă însă teren pentru unele ipoteze legate de posibilitatea ca unele capacităţi necesare vieţii sociale să fie şi ele preprogramate în creier, în egală măsură cu cele citate. Printre aceste competenţe se regăseşte, în primul rând, capacitatea de a recunoaşte faptul că fiinţele umane sunt diferite de tot restul mediului şi mai interesante decât acesta, apoi capacitatea de a emite semnale nonverbale capabile să atragă atenţia altor indivizi, precum şi de a răspunde la semnalele venite de la aceştia. în al treilea rând, este vorba de capacitatea de a utiliza mijloacele verbale de comunicare şi, în al patrulea rând, de o empatie instinctivă cu sentimentele şi gândurile altor persoane. Tocmai aceste capacităţi sunt profund afectate, dacă nu complet absente în autism, din cauza unei disfuncţii cerebrale care poate să fie determinată de diverse cauze fizice.

Problema autismului nu este o absenţă a dorinţei de interacţiune şi comunicare, ci o lipsă a posibilităţii de a face acest lucru. Aceste dificultăţi de socializare exercită o puternică influenţă asupra comprehensiunii complexităţilor şi schimbărilor continue ale vieţii sociale, subiecţii autişti refugiindu-se în aspecte ale lumii care nu se schimbă. Pentru a-şi controla incapacitatea de înţelegere şi frica, ei se agaţă fie de obiecte sau de ritualuri, fie îşi concentrează întreaga energie asupra unor subiecte anume în care regulile sunt fixe. Iar dacă sunt deranjaţi din aceste activităţi repetitive, devin agitaţi, uneori chiar agresivi.

Ca urmare, specialiştii se regăsesc în faţa unor dificultăţi destul de mari deoarece, pentru moment, lipsesc mijloacele de vindecare a disfuncţiilor cerebrale; de asemenea, normalitatea este greu de stabilit în cadrul interacţiunilor sociale ale copiilor autişti

deoarece lipseşte capacitatea spontană, instinctivă, de a înţelege ce simt şi ce gândesc ceilalţi.

O persoană care are de-a face cu un copil autist cunoaşte problemele, ca şi avantajele unei rutine rigide. Odată ce aceasta va fi acceptată de către copil, el va opune o rezistenţă incredibilă faţă de orice schimbare. în consecinţă, părinţii trebuie să iniţieze doar mici schimbări pe care să le introducă treptat, în acelaşi timp cu asigurări

ferme că acestea nu sunt periculoase. în acest mod, copilul va învăţa să îşi asocieze părinţii cu o situaţie liniştitoare, securizantă, începând să valorizeze pozitiv fiinţa umană, atribuindu-i chiar unele avantaje faţă de obiecte.

Mulţi copii autişti sunt atraşi de muzică, aceasta putând fi folosită pentru încurajarea interacţiunii: de exemplu, în momentele de moleşeală după baie, i se poate pune un disc favorit, în acelaşi timp cu executarea unor gesturi de alintare şi tandreţe. Etapa următoare constă în a interveni în activităţile preferate ale copilului, începând prin a imita ceea ce face, introducând apoi variaţii, minime iniţial, apoi din ce în ce mai importante, dar cu multă grijă, deoarece apariţia ataşamentului şi a interesului social poate fi frânată în cazul în care copilul se simte obligat să facă unele lucruri peste capacităţile sale.

Problema furiei sau a acceselor agresive trebuie abordată cu aceeaşi prudenţă. Aceasta facilitează dezvoltarea încrederii şi afecţiunii la copil şi părinţi dacă modul de reacţie este bine ales. In cazul unor accese de furie uşoare, poate fi utilă simpla ignorare a copilului. Dacă tulburarea este marcată, părintele poate încerca să-l ia în braţe, să-i vorbească încet sau să-i cânte, până ce accesul se estompează. (Trebuie menţionat faptul că aceste aspecte nu au nici o legătură cu terapia *holding,* în care mama provoacă în mod voluntar furia şi angoasa la copil şi apoi îl ţine cu forţa cât timp este necesar, pentru care nu există nici o evaluare ştiinţifică menită să-i confirme eficacitatea.)

Din punctul de vedere al dezvoltării sociale, educaţia într-o clasă este foarte importantă, una din funcţiile principale ale acesteia fiind aceea de a-l ajuta pe copil să accepte apartenenţa la un grup. Poate fi necesară şi aici introducerea copilului în mod gradat în colectivitate, lăsându-l în fiecare zi mai mult, până când va fi capabil să tolereze prezenţa altor copii. Procesul educativ în ansamblul său este util pentru ameliorarea competenţelor sociale; dezvoltarea comprehensiunii şi folosirii limbajului verbal şi nonverbal este esenţială, iar activităţile extraşcolare, vizitele, excursiile sunt ocazii de încurajare a participării la viaţa socială.

Un subiect care revine deseori în discuţie este legat de utilitatea centrelor specializate (cu clase integrate) în educaţia copiilor autişti, unele persoane fiind de părere că aceşti copii nu vor înregistra progrese în dezvoltarea socială dacă sunt lăsaţi împreună. Chiar dacă acest fapt pare rezonabil teoretic, practic se observă că adulţii sunt cei

care îi învaţă regulile sociale şi comportamentele socialmente acceptabile. Doar copiii care sunt mai puţin afectaţi încearcă să-i imite pe cei normali şi să înveţe de la ei. Majoritatea copiilor autişti nu imită modelele normale pentru că nu le înţeleg şi nu sunt motivaţi să o facă. Un centru specializat competent trebuie să ofere numeroase ocazii în care copiii autişti să poată participa alături de cei normali Ia activităţi special studiate şi încadrate.

Diferitele tipuri anormale de interacţiune socială întâlnite la copiii autişti ridică probleme diverse. *Copiii care sunt indiferenţi şi par a aparţine unei lumi proprii* sunt în mod special vulnerabili în faţa unei presiuni sociale crescute. Ei trebuie să fie încurajaţi să se alăture oricărei activităţi care le place, oferindu-li-se şansa de lărgire a câmpului de activitate, dar trebuie să li se asigure şi posibilitatea retragerii, la apariţia angoasei. Majoritatea acestor copii vorbesc foarte puţin sau deloc, fiind important să fie observaţi cu atenţie pentru a Ie înţelege şi a le anticipa reacţiile, evitând astfel grave probleme comportamentale.

Copiii care sunt *socialmente pasivi* sunt cel mai uşor de integrat într-o clasă. Ei sunt deseori acceptaţi de către ceilalţi deoarece fac ceea ce li se cere în cadrul jocurilor, nemanifestând nici o exigenţă. Pericolul este acela de a-i ignora şi de a-i lăsa să nu înveţe nimic.

Copiii din a treia categorie, cei care sunt *activi şi bizari în interacţiunile lor sociale* sunt deseori cel mai dificil de educat, din cauza modului în care abordează aceste interacţiuni. Ei au tendinţa de a deranja pe toată lumea, pun în permanenţă aceleaşi întrebări sau monologhează la nesfârşit. Ei spun deseori lucruri socialmente deplasate şi jenante şi par să aştepte ca persoanele din jur să le răspundă în acelaşi mod la aceleaşi întrebări şi devin agresivi dacă nu primesc răspuns. Ei nu sunt, din aceste motive, căutaţi de ceilalţi copii. Cea mai bună metodă de aborda acest tip de comportament este de a fixa limite precise: răspunderea Ia întrebări o singură dată şi ignorarea repetiţiilor, ignorarea monologurilor permanente şi afişarea interesului doar în cazul în care copilul trece la un alt subiect. Toate persoanele din mediul înconjurător trebuie să adopte aceeaşi strategie. La început, întrebările, monologurile şi crizele de furie se agravează, dar dacă toată lumea este calmă, comportamentul indezirabil va diminua treptat până la un nivel acceptabil.

4.5. *Theory of mind* **şi "teoria iubirii"**

a) Dezvoltarea funcţiei semiotice şi achiziţia limbajului

Theory of mind susţinută de S. Baron-Cohen, R. Peter Hobson, J.-M. Vidai (1993) în explicarea etiologiei şi simptomatologiei autismului poate fi îmbogăţită şi explicitată prin rela-ţionarea ei cu teoriile explicative privind funcţia semiotică. De asemenea, *theory of mind* emite ipoteza deficitului narativ în autism, ipoteză care poate fi confirmată şi prin întârzierea achiziţiei şi dezvoltării limbajului la aceşti subiecţi, fapt relevat prin raportarea la reperele psihogenetice ale achiziţiei limbajului la copiii normali.

Se ştie că funcţia semiotică permite animalelor şi omului să utilizeze semne - în sens larg - pentru comunicare şi pentru reprezentare. Semnele sunt clasate în categorii diferite, însă asupra definirii lor nu există un acord deplin la diferiţi autori: semne lingvistice, semnale, indici şi simboluri. Se întâlnesc şi concepţii mai restrânse privind funcţia semiotică. Conform accepţiei lui J. Piaget şi B. Inhelder (1972), se pare că trebuie să aducem dovada că reprezentările mintale există înainte de a vorbi de funcţia simbolică/semiotică. Or, după aceiaşi autori, nici indicii, nici semnalele nu se acompaniază de reprezentări mintale. Rezultă că numai semnele lingvistice şi simbolurile funcţionând în limbaj, imaginea mintală, imitaţia amânată, gesturile sau jocurile simbolice ar caracteriza funcţia semiotică, funcţie care, ca atare, devine proprie omului.

Funcţia semiotică apare la copii odată cu limbajul, care este una dintre manifestările sale. H. Sinclair-De Zwart (1972) distinge o "funcţie de comunicare", prezentă la om de la naştere şi prezentă, de asemenea, la animale, şi o funcţie semiotică intervenind numai la om începând de la un anumit stadiu al dezvoltării şi caracterizată prin reprezentare.

J. Piaget descrie şi explică apariţia "conduitelor simbolice" la copil între 18 şi 24 luni. Achiziţia funcţiei semiotice apare, deci, ca o trecere obligatorie prin stadiul senzorio-motor, în cursul căruia, după J. Piaget, nu ar interveni reprezentări şi gândirea operatorie. Se pune întrebarea cum se îndeplineşte rolul propriu al limbajului în reprezentare, asigurat prin funcţia semiotică piagetiană? Pentru J. Piaget, achiziţia limbajului este subordonată exercitării funcţiei semiotice şi se realizează îndeosebi prin imitaţie.

73 ***Autismul infantil. Structuri psihopatologice şi terapie complexă***

Aşa cum am afirmat mai sus, J. Piaget susţine că reprezentarea nu apare la copil decât în al doilea an de viaţă. într-un studiu asupra modelelor animale ale comportamentului uman, H. Sinclair-De Zwart (1972) sugerează că această ipoteză poate fi susţinută doar în condiţiile unei definiţii restrictive a funcţiei semiotice. In orice caz, se poate spune că imitaţia se manifestă sub unele forme mult mai precoce decât aprecia J. Piaget. Astfel, începând din a doua sau a treia săptămână, se constată imitarea de către copii a mimicii faciale în cursul unor experienţe foarte riguros organizate.

b) Theory of mind pare a implica atât procese cognitive cât şi relaţionale, din moment ce desemnează aptitudinea unui subiect de a reprezenta gândurile, trebuinţele sau dorinţele unei alte persoane.

Confruntarea datelor etologice asupra procesului de ataşament la animale şi a datelor clinice asupra tulburărilor relaţionale la subiecţii autişti sugerează faptul că, înainte de a elabora o "înţelegere a funcţionării cognitive" - ca de exemplu, o reprezentare a gândurilor unei alte persoane - copilul ar trebui să ajungă la o "înţelegere a iubirii", la o reprezentare a faptului că mama sa iubeşte şi alte persoane în afară de el.

Astăzi, un mare număr de cercetări empirice permit precizarea modalităţilor de emergenţă a acestei reprezentări la copilul normal, în timp ce alte studii subliniază incapacitatea

subiecţilor autişti de a elabora o astfel de reprezentare a psihismului persoanelor din anturaj (S. Baron-Cohen, 1989).

c) Simptomele autistice şi probele de "funcţionare cognitivă "
Complexitatea noţiunilor de "autism" şi de *theory of mind*

ţine, fără îndoială, de faptul că ele se referă la o problemă centrală a proceselor psihice: aceea a legăturii între procesele relaţionale sau de investiţie afectivă şi procesele cognitive.

într-adevăr, diversele nosografii actuale îi consideră "autişti" pe subiecţii care manifestă în acelaşi timp: 1) tulburări relaţionale şi afective - atitudine de retragere faţă de alte persoane, evitarea contactelor şi a privirii, ataşament specific faţă de mediul familiar sau de obiecte inanimate; 2) tulburări cognitive marcate în dezvoltarea comunicării şi limbajului - mutism sau ecolalie, limbaj manierist, incapacitatea de folosire corectă a pronumelor şi 3) apariţia acestor simptome înainte de 24-30 luni.

Diversele probe experimentale care permit punerea în evi-

denţă a aptitudinii de reprezentare a gândurilor, trebuinţelor, dorinţelor unei alte persoane la un copil, procedează global în modul următor: experimentatorul îi propune copilului un scenariu ce implică un alt personaj (un partener real sau o figurină); acesta aranjează un obiect într-un recipient opac, iar apoi părăseşte încăperea pentru un timp. în perioada absenţei sale, obiectul este plasat într-un al doilea recipient. Experimentatorul îi cere copilului să indice în ce loc persoana care a plecat va căuta obiectul la întoarcerea sa.

Copiii în vârstă de 4-5 ani desemnează primul recipient deoarece ei înţeleg faptul că personajul crede că va găsi obiectul în locul în care l-a plasat înainte de plecare. Copiii de vârstă mai mică nu ţin cont de această părere şi desemnează al doilea recipient, în care ei percep prezenţa reală a obiectului, în momentul în care le este pusă întrebarea.

Printre cei câţiva subiecţi autişti care pot fi supuşi la un astfel de test, 75% desemnează al doilea recipient, chiar dacă au depăşit cu mult vârsta de 5 ani. Se pare că aceştia se ghidează exclusiv după propria percepţie legată de locul real ocupat de obiect la momentul considerat.

Această carenţă în ceea ce priveşte capacitatea de reprezentare a gândurilor şi părerilor altuia, la subiecţii autişti, este considerată de unii autori ca o deficienţă înnăscută şi ca o cauză a ansamblului simptomelor relaţionale şi afective caracteristice autismului. Ipoteza de mai sus este însă destul de dificil de susţinut, atât pe plan empiric, din moment ce nu ţine cont decât în mică măsură de interacţiunile sociale precoce între mamă şi copil, cât şi pe plan logic, din moment ce implică faptul că dezvoltarea normală sau de tip autist a copilului, înainte de vârsta de 30 luni, ar fi rezultatul unei cauze - emergenţa sau nu a unei *theory of mind* - care nu ar surveni decât ulterior. In acest context, apare pertinentă o

subliniere şi anume aceea că această probă relevă aptitudinea unui subiect de a ţine cont de gândurile altuia, fapt care ar putea implica şi capacitatea sa de a ţine cont de relaţiile între acest alt personaj şi obiectele la care se gândeşte acesta, pe care le caută şi le doreşte. Numeroase elemente sugerează faptul că reprezentările acestor relaţii mobilizează la copil, pe de o parte, procesele de investiţie afectivă precoce faţă de primul partener -mama - şi, pe de altă parte, modalităţile prin care şi-a însuşit relaţiile percepute între mama sa şi terţe persoane sau obiecte.

Datele etologice recente permit o mai bună diferenţiere a

proceselor cognitive şi relaţionale la animale şi la oameni. Aceleaşi date resping ipoteza conform căreia autismul ar rezulta dintr-un simplu deficit cognitiv sau din "absenţa accesului la simboluri".

d) Aspecte comparative legate de procesele cognitive şi afective la mamifere şi la oameni

în mod evident, perturbările ataşamentului, prin deprivări senzoriale şi afective la tinerele mamifere, se disting net de autismul descris de L. Kanner în 1943; aceste "nevroze experimentale" ar fi cel mult comparabile cu carenţele afective sau cu "hospitalismul" lui R. A. Spitz (1963).

Există însă alte elemente de comparaţie care permit precizarea specificităţii proceselor cognitive şi relaţionale ale copiilor faţă de cele ale animalelor tinere: este vorba de observaţiile privind situaţiile triadice în care individul este în prezenţa altuia, de care este ataşat, şi a unei terţe persoane cu care acesta din urmă se află în relaţie.

Luând în considerare registrul cognitiv, diverse studii arată că cimpanzeii realizează foarte rar o integrare a celui de-al treilea în relaţiile lor interindividuale. Aceste relaţii par limitate deci la nivelul diadelor; nu se poate vorbi în acest caz de triade. Concluzia este că există aici un punct nodal în care procesele cognitive interferează cu cele afective.

în ceea ce priveşte registrul afectiv, nu lipsesc teoriile şi controversele asupra ataşamentului, sexualităţii şi dragostei la animale şi la oameni. De asemenea, termeni ca ataşament, investiţie, seducţie, folosiţi pentru caracterizarea acestor legături, nu permit degajarea specificităţii relaţiilor afective între oameni în raport cu relaţiile de ataşament ale animalelor.

Pentru a rezuma o ipoteză susţinută şi argumentată de J.-M. Vidai (1993), specificitatea relaţiilor între oameni ar ţine în mod esenţial de faptul că ele implică întotdeauna prezenţa reală sau simbolică a unei terţe persoane. Iar procesul prin care copilul de 6-8 luni urmăreşte privirea mamei pentru a fixa acelaşi obiect ca şi ea, demonstrează că el este confruntat precoce cu situaţii triadice, în care poate să-şi dea seama că mama întreţine relaţii şi cu alţii.

Procesul de "atenţie conjugată" (J. S. Bruner, 1983) nu a fost descris până în prezent decât la copii (nu şi la animale); acesta pare destul de diferit de o simplă convergenţă între atenţia mai multor parteneri îndreptată spre acelaşi stimul. Se poate spune că, mult timp

înainte de emergenţa unei *theory of mind* la copil, procesul menţionat putea reprezenta unul din primele puncte de legătură între un grup de relaţii etologice diadice - ataşament şi agresiune, pulsiuni şi inhibiţii -şi un grup de relaţii triadice simbolice, integrând legături de iubire şi ură, de dorinţe şi interdicţii, determinând emergenţa reprezentărilor obiectuale şi ale gândurilor celuilalt.

Orice copil, chiar autist fiind, este confruntat la un moment dat cu intervenţia unei alte persoane (tatăl, un frate, o soră); această intruziune trebuie "negociată" înainte de a se putea elabora o "înţelegere a funcţionării cognitive". Cu alte cuvinte, s-ar putea ca, pentru un copil, problema de a şti "Cine pe cine iubeşte?" sau, mai concret, "Pe cine iubeşte mama din anturajul său şi cum?" se pune înainte de cea de a şti "Ce reprezentare are cutare persoană faţă de locul unui obiect abstract?"

e) Răspunsuri ale unor subiecţi autişti la situaţii triadice Marea majoritate a copiilor studiaţi de J.-M. Vidai la spitalul de psihiatrie din Rennes manifestă atitudini de retragere; de asemenea, ei nu sunt cooperanţi la testele de funcţionare cognitivă. Acest lucru nu îi împiedică însă să reacţioneze spontan în diverse situaţii, în special în cele care implică prezenţa unui alt personaj şi a unui terţ.

1) J.-M. Vidai relatează cazul unui băiat (P.) care prezenta simptome de izolare autistă precoce. Una dintre manifestările cele mai accentuate era aceea de a-i trage de păr pe cei din anturaj până la smulgere. Copilul face acest lucru mai ales când persoanele intră în relaţie în faţa lui, sau când încearcă să facă schimb de obiecte sau de cuvinte cu el. Intre aceste trei situaţii declanşatoare, punctul comun pare a fi cel al intruziunii unui terţ, prezent efectiv sau reprezentat simbolic prin numele care-l desemnează.

2) Diferite observaţii longitudinale sunt realizate asupra unui subiect (H.), un băiat care începând de la vârsta de 9 luni prezenta acea evitare a privirii caracteristică autismului şi nu apuca obiectele care îi erau întinse. Noaptea urla şi nu se calma decât dacă părinţii îl luau cu ei în pat. Mai târziu, H. o obliga pe mama sa să-i stea toată noaptea la căpătâi; aştepta să fie singur cu ea ca să adoarmă. Spărgea sistematic obiecte, mai ales cele despre care auzea că sunt frumoase. La 23 ani, când îşi petrece sfârşitul de săptămână acasă, tot nu suportă ca mama sa să citească sau să-i vorbească tatălui în prezenţa sa. In pavilionul în care este internat, îşi petrece cea mai mare parte a timpului privindu-l pe un alt copil (X.), care "dansează" necontenit de

pe un picior pe altul. Dacă cineva intră în relaţie cu X., H. se agită din ce în ce mai tare, îndepărtându-l în cele din urmă pe intrus. Dacă H. îl vede pe X. luând un obiect, i-l smulge imediat din mână, nu pentru a şi-l însuşi, ci pentru a-l arunca.

S-a putut deci constata, prin juxtapunerea acestor date clinice cu *cele* privind specificul proceselor cognitive şi afective ia oameni, faţă de animale, faptul că cercetările etologice şi cognitive legate de rolul reprezentărilor în funcţionarea cognitivă la animal, la copilul normal şi la cel autist, par a fi interesante dintr-o dublă perspectivă. Pe de o parte, ele ridică o problemă crucială pentru înţelegerea dezvoltării psihicului normal sau autist: problema rolului structurant al proceselor afective şi relaţionale pentru emergenţa aptitudinilor cognitive. Pe de altă parte, ele abordează cu paradigme proprii, aspecte pe care studiile psihanalitice le tratează în termeni de "complexul lui Oedip", de "castrare psihică" sau de "metafora numelui tatălui".

într-adevăr, ca reprezentare pentru un subiect a gândurilor, trebuinţelor şi dorinţelor altuia, *theory of mind* pare a fi o meta-reprezentare complexă, emergenţa sa la copil neputându-se rezuma la actualizarea unei competenţe cognitive înnăscute. Emergenţa acestei metareprezentări pare a implica şi un proces relaţional de tip triadic, mobilizând în acelaşi timp investiţia unui subiect către altul şi ceea ce se poate numi o "meta-investiţie" a aceluiaşi subiect; adică maniera în care el investeşte ceea ce poate repera din investiţiile celuilalt faţă de terţe persoane sau obiecte.

Urmând această idee, dificultăţile cognitive pe care autiştii le prezintă pentru elaborarea acestei metareprezentări sociale care este "înţelegerea funcţionării cognitive", par strâns legate de problemele pe care le au în tolerarea relaţiilor între două persoane din anturaj şi în elaborarea unei meta-investiţii.

4.5.1. **Theory of mind** *şi problema autismului*

Luând în considerare studiile de specialitate, precum şi datele clinice existente, se poate afirma, fără posibilitatea de a greşi, existenţa la copiii autişti a unor dificultăţi de a răspunde la expresiile faciale ale adultului, de urmărire a privirii adultului şi de fixare a unor obiecte sau persoane care îi sunt desemnate.

Copilul autist reprezintă o entitate uimitoare: o fiinţă ale cărei

aptitudini conversaţionale şi sociale se situează mult în urma unei aparente abilităţi intelectuale. în ultimii ani, această trăsătură neobişnuită a copiilor autişti a atras atenţia celor care se ocupă de limbaj şi dezvoltare cognitivă şi care au găsit în autism o posibilitate de a descoperi o achiziţie cognitivă, care pare atât de naturală la copiii normali, încât trece practic neobservată.

Se spune despre copilul autist că nu posedă acea capacitate dată de "înţelegerea funcţionării cognitive", datorită unor deficite fundamentale. Mai întâi este vorba de o

tulburare afectivă primară şi apoi de metacogniţie - copilul normal creând reprezentări mintale ale diverselor stări printr-un set de inferenţe sub acoperirea unei "înţelegeri a funcţionării cognitive", care lipseşte în autism. Această carenţă este propusă pentru explicarea bizareriei sociale, în special în domeniul limbajului.

în studiile efectuate pentru decelarea relaţiei între limbaj şi gândire, U. Frith şi F. Happe (1997) au ajuns la concluzia că în cadrul autismului lipsesc două elemente importante ale limbajului productiv: unul este evident în dialog, iar celălalt în limbajul general; în dialog, autistul pare incapabil să extindă comentariul anterior al interlocutorului, iar dacă este vorba de limbaj în general, el pare să nu ştie cum să construiască o poveste. Ambele observaţii sugerează o incapacitate de codificare a argumentelor unei acţiuni într-o structură.

Se poate presupune că autiştii sunt incapabili sau nu doresc să-şi spună lor sau altora poveşti. Acest lucru poate avea consecinţe serioase asupra dezvoltării funcţionării cognitive, dar şi asupra gândirii în general.

Pentru a se putea studia limbajul şi tulburările sale la copiii autişti, trebuie realizate două distincţii: prima este diferenţa de fluenţă verbală între autismul uşor şi cel sever, iar cea de a doua este noţiunea de gen sau stil, care poate fi de ajutor în cazul variabilităţii deseori neexplicate sau neexplicabile între formele de limbaj din cadrul autismului. Conversaţia obişnuită, descrierea unui set de imagini care relatează o poveste, o repovestire, explicarea unei istorioare spuse de altcineva - toate constituie genuri diferite, având tipare lingvistice diferite. Cu excepţia conversaţiei, celelalte pot fi considerate mono-loguri, care necesită o coeziune crescută în alăturarea şi potrivirea unor afirmaţii.

Aşa cum s-a putut constata, chiar şi copiii cu autism moderat posedă mai mult decât unul din stilurile (genurile) menţionate mai sus,

genuri care sunt incluse în repertoriul copiilor cu autism uşor.

J. S. Bruner (1993) descrie cazul unor adolescenţi cu autism sever, internaţi în şcoala Benhaven, dar destul de prietenoşi şi dornici de a "comunica", cu toate că fluenţa lor verbală limitată făcea conversaţia practic imposibilă. în ce consta acea aparentă socia-bilitate? Ce abilităţi conversaţionale sau discursive aveau subiecţii cu vârsta între 13-27 ani, media de vârstă fiind 19 ani, diagnosticaţi încă din copilărie, cu o medie a Q.I. de 24? Ei au fost observaţi în cadrul a 32 de episoade interactive, conţinând în total 104 enunţuri, pe care copiii le ofereau ca răspuns. In aceste episoade, enunţurile adulţilor erau 50% interogative, 17% declarative şi 20% imperative. S-a constatat că 91% din răspunsurile copiilor erau de acomodare socială, iar 84% erau chiar adecvate temelor propuse de adulţi.

Aceste procente sunt uimitor de ridicate pentru abilităţile lingvistice extrem de limitate ale subiecţilor, necesitând un efort vădit de mobilizare a unui set slab de resurse în

domeniul contactului social. Rezultatele obţinute au dus la concluzia că subiecţii respectivi posedau abilităţi de conversaţie primare, dar nedezvoîtate, majoritatea la un nivel de simplă menţinere a temei date. Dar a rămas neclară incapacitatea acelor copii de a iniţia diverse comentarii în cadrul sau în afara subiectului. Este oare aceasta cauza majoră a eşecului conversaţional?

Din moment ce, în acest caz, lipsa unor comentarii putea fi datorată nivelului scăzut de producţie lingvistică al lotului, Bruner (1993) a apelat la un alt grup, având autism uşor. Interviurile s-au desfăşurat cu patru adolescenţi, având ca teme viaţa, ocupaţiile, aspiraţiile lor şi mai ales, ceea ce simţeau ei despre acestea. Subiecţii au vorbit destul de mult, spre deosebire de cei din grupul precedent, demonstrând chiar existenţa unor iniţiative tematice. S-a putut observa şi faptul că discursul lor conţinea şi enunţuri intenţionale.

In orice caz, chiar dacă aceşti subiecţi iniţiau o temă proprie de discuţie, rareori puteau să spună ceva ce depăşea ceea ce ştiau deja, ce le era înregistrat în memorie. în faţa unei întrebări de tipul "De ce îţi place?", prezentau dificultăţi vizibile. Se poate deci afirma că dorinţa de a comunica, de a conversa poate să apară, dar fără un conţinut evident în afara menţinerii tematicii iniţiale şi cu conexiuni care pot părea uneori bizare.

S-ar părea, de asemenea, că autiştii vorbitori nu conşti-

entizează faptul că o conversaţie se bazează pe un schimb de informaţii.

Aşa cum am amintit anterior, non-existenţa comentariilor în conversaţia autiştilor poate reflecta un aspect mai profund: acela conform căruia un autist trece prin viaţă fără a-i conferi experienţei sale forma narativă convenţională necesară, care i-ar permite să fie introdusă într-o conversaţie.

Pentru a vedea măsura în care copiii autişti sunt sau nu lipsiţi de abilităţi narative, J. S. Bruner a ales o sarcină de această natură. Au fost comparate capacităţile de istorisire a 12 subiecţi normali cu cele ale autiştilor (14), având vârste între 9-22 ani, cu o medie de 17 ani. Subiecţii au fost amestecaţi la întâmplare după vârsta cronologică şi după sex, în fiecare grup predominând băieţii, grupul având şi câte 3 fete. Copiilor li s-au prezentat patru seturi de câte 6 cartonaşe cu imagini în care erau ilustrate poveşti simple (de exemplu, un băiat plantează seminţe, le stropeşte, iar apoi culege florile, oferindu-i-le prietenei). Imaginile îi erau prezentate copilului în ordinea logică a naraţiunii, adăugându-se, pe rând, câte una. Cerinţa era alcătuirea unei poveşti care să se potrivească cu cartonaşele, pe măsură ce acestea erau alăturate. Subiecţii autişti au dat răspunsuri scurte şi mai simple din punct de vedere gramatical.

In nici unul din grupuri, nu au fost practic folosite enunţuri intenţionale. Au fost foarte puţine referiri la dorinţe şi gânduri, chiar şi în grupul de control, şi nu au apărut diferenţe

semnificative între grupuri. Dar, se ştie că acţiunile pot fi descrise într-un mod mai mult sau mai puţin intenţional şi ambele grupuri au menţionat asemenea acţiuni intenţionale în povestire. Aşa cum prevede *theory of mind,* subiecţii autişti au atribuit mai puţină intenţionalitate acţiunilor în imagini. Cei 14 autişti au dat 28 răspunsuri în care apărea o acţiune intenţională pentru un personaj, faţă de 49 în grupul copiilor normali.

Au apărut diferenţe calitative şi în ceea ce priveşte formularea răspunsurilor intenţionale între grupuri, copiii autişti folosind enunţuri foarte simple, scurte, uneori fără subiect.

Pentru ipoteza deficitului narativ în autism, prezintă interes şi utilizarea frecventă a cuvintelor desemnând o acţiune intenţională în grupul normal - *aduce, vine, merge, pleacă, se uită, oferă, împinge.* Subiecţii autişti au folosit mai des cuvântul *pune,* pentru a exprima o intenţionalitate limitată la o acţiune anume, pe care unul din personajele unei imagini o execută la un moment dat, acţiune în care

acesta are ceva în mână. Subiecţilor autişti par, deci, să le lipsească semnele cauzale, temporale şi intenţional-pragmatice, necesare pentru alcătuirea unei poveşti.

In studiile efectuate, J. S. Bruner (1993) a încercat să descopere măsura în care abilităţile lingvistice legate de naraţiune ar fi nedezvoltate la copiii autişti. Au fost făcute o serie de speculaţii legate de faptul că acest lucru ar avea de-a face cu menţinerea achiziţiei cognitive într-o formă care nu a fost codificată în manieră semiotică, făcând-o astfel accesibilă în cursul conversaţiei. J. S. Bruner sugerează că ar putea fi vorba de o absenţă timpurie la copilul autist a unui impuls normal de a spune poveşti - o activitate care, în mod obişnuit, dă experienţei brute o formă simbolică, utilă pentru integrarea vieţii cotidiene în discurs.

Ipoteza pe care o propune J. S. Bruner este aceea conform căreia problemele comunicaţionale în autism se datorează unui impuls slab sau chiar absenţei impulsului de a transpune experienţa de viaţă în naraţiune, începând cu o vârstă foarte fragedă (2-3 ani). Iar acest deficit persistă mai târziu, manifestându-se chiar şi la copiii cu autism uşor, ca o dificultate de a spune o poveste.

Pare imposibil de afirmat că doar acest deficit legat de capacitatea copilului de a înţelege şi a cunoaşte stările mintale ale altora produce sau chiar constituie sindromul autist. Se poate spune mai curând că acest deficit, al cărei importanţă nu este pusă la îndoială, este consecinţa unui alt deficit, mai grav, în funcţionarea cognitivă generală. Acesta din urmă are ca efect deprivarea copilului de "baia" informaţională care i-ar face posibilă crearea semnificaţiilor prin care să participe la viaţa socială. Cum ar putea fi caracterizată această carenţă generală? Ea constă dintr-o abilitate extrem de redusă de a codifica experienţa într-o manieră narativă. Copilul autist este incapabil de a organiza interacţiunile interpersonale într-o formă canonică, în care afirmaţiile indivizilor sunt plasate în situaţii tipice, sunt exprimate în secvenţe acţionale tipice şi necesită răspuns, participare reciprocă.

Dintr-o serie de observaţii, s-a putut constata că autiştii pot urmări secvenţele narative, chiar şi pe cele care implică enunţuri intenţionale, în momentul în care aceste naraţiuni sunt întărite de imagini sau de comentarii ale altora, însă în momentul în care copiii trebuie să adapteze aceste povestiri propriilor lor capacităţi lingvistice

şi cognitive, în general, ei eşuează. Acest lucru duce la concluzia că deficitul despre care este vorba nu este o simplă sursă de eşec în folosirea reprezentărilor în înţelegerea funcţionării cognitive pentru interpretarea interacţiunilor sociale, ci un deficit semiotic mai general de organizare a "narativului".

*4.5.2. **Implicaţii** diagnostice ale* **theory of mind**

Tehnicile diagnostice obişnuite se bazează exclusiv pe prezenţa sau absenţa criteriului comportamental. Criteriile din *DSM-IV (1994),* de exemplu, specifică în mod precis numărul de itemi care trebuie să fie prezenţi, înainte ca diagnosticul de autism să fie pus. Astfel, trebuie identificate un total de 8 din 16 simptome, din care două sau mai multe trebuie să fie în legătură cu tulburări din domeniul social, unul sau mai multe simptome trebuie să fie legate de deficienţe de comunicare, iar unul sau mai multe de prezenţa unor comportamente obsesive sau ritualice. Deşi aceste aspecte oferă un diagnostic acceptat pe scară largă, o serie de probleme par a nu-şi găsi răspuns. De exemplu, deşi este destul de uşoară identificarea unor întârzieri sau absenţe, este mult mai greu să se stabilească măsura în care un comportament este normal sau nu. Şi din moment ce comportamentele pot să se asemene, chiar având baze cognitive total diferite, sistemele diagnostice exclusiv comportamentale riscă să creeze unele confuzii.

Lucrări recente au sugerat existenţa a doi posibili precursori ai deficitului funcţionării cognitive în autism şi anume tulburările în activitatea de joc (j°cul de roluri, jocul cu simboluri) şi atenţia concomitentă deficitară. In cazul tipului de joc menţionat, acesta se consideră a fi distinct de jocul funcţional, care nu suferă modificări specifice în autism; în cazul atenţiei concomitente, se pare că un anume tip de fixare prezintă tulburări în autism, şi anume fixarea protodeclarativă.

în acest context, apar următoarele probleme:

(a) Se poate spune într-adevăr că cele două aspecte reprezintă precursori ai unei "înţelegeri a funcţionării cognitive?" Cum se poate testa acest lucru?

(b) Dacă asemenea precursori "prezic" dezvoltarea "înţe legerii funcţionării cognitive", "prezic" ei oare şi cazurile de autism? S. Baron-Cohen (1993) şi colaboratorii săi au investigat problema

pusă de a doua întrebare, prin utilizarea unui instrument nou, *Inventarul pentru autism la copiii mici.* Acesta a fost folosit în cursul

investigaţiilor de rutină la copiii de 18 luni.

Aşa cum se poate vedea, acest inventar verifică, printre altele, prezenţa jocului de roluri şi a comportamentului de atenţie conjugată. Studiul a scos în evidenţă faptul că, în timp ce o parte a grupului de copii selecţionaţi prin randomizare (n=50, vârsta 17-21 luni) prezentau un deficit al fixării protodeclarative, unii prezentau o indiferenţă totală faţă de jocul menţionat. în acest studiu, a fost testat şi un grup de copii deja diagnosticaţi ca autişti (n=41, vârsta 18-21 luni), deoarece se presupunea că 2-3% prezintă autism determinat de cauze genetice. Punctul de interes a fost acela al descoperirii a patru copii care la 18 luni manifestau lipsa ambilor aşa-zişi precursori, aceşti copii fiind diagnosticaţi ca autişti la 30 luni.

Rezultatele au oferit suportul necesar susţinerii faptului că cele două aspecte comportamentale pot fi utile în detectarea timpurie a autismului.

Inventarul pentru autism la copiii mici

Numele copilului.....

Data naşterii..... Vârsta..... Adresa.....

Secţiunea A: *întrebări adresate părinţilor*

1. Copilului îi place să fie legănat sau săltat pe genunchi? DA/NU
2. 11 interesează alţi copii? DA/NU
3. Ii place să se caţere, să urce scările? DA/NU
4. Ii place să se joace de-a v-aţi ascunselea? DA/NU
5. Pretinde vreodată că face, de exemplu, un ceai cu un ceainic de jucărie? rbA/Nu
6. îşi foloseşte vreodată degetul arătător pentru a arăta ceva, pentru a cere? DA/NU
7. îşi foloseşte vreodată indexul pentru a indica interesul său pentru ceva? DA/NU
8. Se poate juca frumos cu jucării mici fără a le duce la gură, a le arunca? DA/NU
9. Vă aduce vreodată obiecte, pentru a vă arăta ceva? DA/NU

Secţiunea B: *Observaţiile personalului de specialitate*

1. In cursul întâlnirii, există contact vizual cu copilul? DA/NU
2. Se atrage atenţia copilului, apoi i se arată un obiect interesant, spunându-i-se ce este, se urmăreşte faţa copilului. Se uită înspre obiectul arătat? DA/NU
3. Se atrage atenţia copilului, i se dă apoi o ceaşcă şi un ceainic de jucărie şi este întrebat: „Poţi să faci o ceaşcă de ceai?" Se urmăreşte măsura în care pretinde că toarnă ceaiul, că bea. DA/NU
4. Copilul este întrebat: „Unde este lumina?" sau „Arată-mi lumina". îşi îndreaptă degetul arătător către lumină? Se poate repeta cu un obiect sau o jucărie. DA/NU
5. Poate să construiască un turn din cuburi? Dacă da, din câte? Numărul de cuburi..... DA/NU

Există o posibilitate a învăţării pentru theory of mind?

Copiii normali nu par a necesita o "antrenare" specială pentru a dobândi "înţelegerea funcţionării cognitive". Se pare că această teorie poate fi predată copiilor care nu au reuşit să o achiziţioneze în mod natural. O asemenea antrenare poate oferi o alternativă înţelegerii mintale.

în cazul copiilor autişti, sarcina aceasta poate fi considerabil mai grea decât, de exemplu, a-l învăţa pe un copil cu cecitate să citească, din moment ce este implicată schimbarea înţelegerii. Principalele probleme care se pun sunt următoarele:

1) Pot fi "predate" şi învăţate conceptele legate de funcţionarea mintală şi dacă da, care ar fi tehnicile care ar facilita acest lucru şi cât va dura acest proces?

2) Sunt unele concepte mai uşor de învăţat decât altele pentru copiii autişti? Dacă da, conceptele sunt achiziţionate într-o anumită ordine? Adică, achiziţia unuia o precede întotdeauna pe alta?

3) în măsura în care conceptele sunt achiziţionate în cursul

înţelegerii unor exemple specifice de comportament, acestea pot fi generalizate pentru a-i permite copilului să înţeleagă noi exemple de comportament?

4) Achiziţia conceptelor legate de stările mintale duc la vreo schimbare în comportamentul social şi comunicaţional al copilului, şi dacă da, care dintre aspecte se modifică?

5) Care ar fi factorii care ar contribui la achiziţionarea de către copiii autişti a acestor concepte?

Explicarea principiilor care stau la baza stărilor mintale S-a încercat analiza înţelegerii stărilor mintale prin simple principii, considerându-se apoi măsura în care aceste principii pot fi predate intensiv cu multe exemple, folosind mijloace multiple. Această abordare porneşte de Ia ideea conform căreia înţelegerea stării mintale poate fi într-adevăr redusă la simple principii. Ca exemple de asemenea principii pentru unele stări mintale (cunoaştere, dorinţă, a pretinde că) se pot aminti:

a) Percepţia determină cunoaşterea. O persoană va cunoaşte un anume lucru x, dacă acea persoană a văzut sau a auzit ceva despre x.

b) Dorinţele sunt satisfăcute prin acţiuni sau obiecte. Dacă o persoană doreşte ceva (x), va caută sau va obţine x. Invers, dacă o persoană nu doreşte x, îl va evita sau îl va refuza.

c) A pretinde implică substituţia obiectului. Când o persoană pretinde substituţia obiectului x, ea poate face acest lucru fără a folosi obiectul în sens uzual, ci doar în scopul divertismentului.

Asemenea principii pot fi transpuse în forme mai complexe (de exemplu, dacă cineva doreşte ceva, nu întotdeauna încearcă să obţină acest lucru în mod direct). In cazul autismului, explicarea funcţionării cognitive trebuie să înceapă prin principii expuse în formă cât mai simplă, într-o manieră cât mai concretă, folosind un mare număr de exemple.

Principiile care guvernează fiecare stare mintală sunt exersate folosindu-se o serie de tehnici ca, de exemplu, jocul cu păpuşi, psihodrama, limbajul, imaginile, chiar grafica pe computer, cu scopul de a creşte posibilitatea ca una dintre ele să fie motivantă pentru copil. Acest program intensiv a fost aplicat doar copiilor autişti cu o vârstă

mintală mai mare de trei ani şi jumătate.

Ipoteza legată de *theory of mind* a fost folosită ca instrument explicativ pentru înţelegerea deficitelor cognitive fundamentale prezente în cazul autismului. Dar, în legătură cu acest

aspect, rămân o serie de controverse de rezolvat, aşa cum, de altfel, autismul în general include încă numeroase enigme. Oricum, ceea ce este evident e că această ipoteză, indiferent că se dovedeşte a fi integral corectă sau nu, a determinat parcurgerea unei noi etape în cercetarea autismului, încercând realizarea unei punţi de legătură între problemele de socializare şi cele cognitive care caracterizează acest sindrom.

De asemenea, s-a ajuns la concluzia că nu există un real conflict între cele două puncte principale de vedere legate de autism -cel care îl consideră în mod esenţial o tulburare afectivă (R. Peter Hobson, 1993) şi cel care îl consideră un deficit de dezvoltare a "înţelegerii funcţionării cognitive" (S. Baron-Cohen, 1985). Ambele ipoteze sunt consecinţe ale unui deficit mai profund, existent la persoana autistă: eşecul organizării structurilor narative, prin care mediul cultural formează aşteptări în legătură cu sentimentele, gândurile, convingerile oamenilor în anumite situaţii, în scopul creării semnificaţiilor convenţionale, comunicabile altor oameni care aparţin aceleiaşi culturi.

4.6. Particularităţi ale tratării informaţiei la copiii autişti

Deficienţe ale îndrumării informaţiei *pe* ***diferite*** *căi specifice*

Caracteristicile procesului de gândire la copilul autist reprezintă o temă de mare interes pentru acest domeniu atât de controversat care este autismul. Bazându-se pe o serie de metode comportamentale şi pe aspectele neurofiziologice, precum şi pe comparaţia între performanţa copiilor autişti, a celor deficienţi mintali şi a celor normali, o echipă de cercetători americani au descoperit elemente interesante de regularitate. Copiii autişti au dovedit cea mai slabă capacitate de a răspunde la directive verbale sau de a utiliza cuvintele în acest scop. Marea majoritate a acestor copii au realizat, de asemenea, o performanţă inferioară faţă de cea normală la diverse sarcini legate de rezolvarea de probleme, care includeau reacţii la indici senzoriali.

Interesant este faptul că, în ciuda slabei lor performanţe de ansamblu, copiii autişti au dat dovadă de o capacitate relativ mai bună de a rezolva sarcinile legate de informaţia senzorială apropiată (tactilă, olfactivă, stimulare kinestezică), decât în cazul celor care implicau receptarea informaţiei la distanţă (vizuală, auditivă). Aceiaşi cercetători subliniază că, în domeniul văzului şi auzului, chiar dacă ambele simţuri sunt considerate nesatisfăcătoare, un deficit mai pregnant se constată în domeniul discriminării auditive a sunetelor. Este, de altfel, cunoscută sensibilitatea crescută la sunete a copiilor autişti de vârstă mică şi tendinţa acestora de a manifesta o reactivitate imprevizibilă la sunet, factor care deseori îi determină pe părinţi să creadă în posibilitatea surdităţii copilului.

Aceşti copii pot fi perturbaţi, de exemplu, de foşnetul unei foi de hârtie, deşi par insensibili la zgomot. Printre semnele cele mai precoce ale autismului, indiferenţa la sunete se regăseşte cu o mare frecvenţă încă din primul an de viaţă. Electrofiziologia permite punerea în evidenţă a unei tulburări de modulare a răspunsurilor cerebrale la sunet. La un copil normal, amplitudinea răspunsurilor auditive cerebrale creşte odată cu

intensitatea sunetului. Acest fenomen nu se observă la copilul autist, ale cărui răspunsuri la stimulări slabe pot fi dimpotrivă foarte ample.

în lucrările lui V.K. Tubbs (1966) se regăsesc informaţii asupra acestei mediocrităţi relative de tratare a stimulilor auditivi la copiii autişti. Tubbs a considerat de asemenea că performanţa copiilor autişti la subscalele de decodare auditivă şi de asociaţie ale testului de aptitudini psiholingvistice Illinois este semnificativ inferioară faţă de cea normală la vârsta respectivă. Acest lucru nu apare însă la subscalele de aptitudini vizuale, la care copiii autişti nu au obţinut rezultate semnificativ diferite faţă de cele ale subiecţilor grupului de control, de aceeaşi vârstă cronologică.

O replică ulterioară a acestei lucrări a fost efectuată de Konstantareas (1981); ea oferă un tablou mai complex, dar care nu diferă în mod sensibil. Autoarea a împărţit grupul de copii autişti pe subgrupe, în funcţie de nivelul funcţionării cognitive (ridicat, scăzut), supunându-i apoi la acelaşi test. Ea a constatat că observaţiile lui Tubbs erau valabile pentru subgrupa cu nivel mai ridicat de funcţionare cognitivă. Cu toate acestea, performanţa copiilor din cealaltă subgrupă a fost în mod uniform slabă, inclusiv cea obţinută la

subscalele de decodare vizuală şi de asociaţie. Trebuie subliniat, de asemenea, că acest grup nu a fost inferior grupului de copii cu nivel mai ridicat de funcţionare cognitivă în ceea ce priveşte performanţa la testele de "opacitate vizuală" şi de memorie vizuală secvenţială. Această constatare lasă să se întrevadă faptul că, luată în ansamblu, abilitatea vizuală a copiilor autişti, indiferent de gradul lor de funcţionare cognitivă, ar putea fi uşor superioară faţă de capacitatea lor de tratare a informaţiei auditive.

Selectivitatea excesivă ***în tratarea Informaţiei***

Până aici, tabloul construit corespunde în destul de mare măsură ipotezei conform căreia tratarea informaţiei auditive ar fi în mod special compromisă la copiii autişti. Dar datele legate de un alt fenomen, cum ar fi selectivitatea excesivă, obţinute de R.P. Hobson (1993) şi colaboratorii săi, complică problema. Tendinţa de a se concentra asupra aspectelor particulare ale informaţiei legate de mediul înconjurător, mai curând decât a căuta asimilarea ansamblului aspectelor, ţine de adaptare. Copiii autişti cu disfuncţii grave par a fi prea specifici şi prea monolitici în înregistrarea şi tratarea informaţiei percepute. In momentul în care Hobson a supus copii autişti unui complex de stimuli, cuprinzând unul tactil, unul vizual şi unul auditiv, aceştia au reuşit într-un interval de timp relativ scurt să înveţe să răspundă la un astfel de complex. Doar în momentul în care cele trei elemente au fost separate şi au fost prezentate unul câte unul, fără vreo ordine prestabilită, a devenit clar faptul că subiecţii autişti s-au concentrat doar asupra uneia din cele trei componente, răspunzând doar la aceasta.

Dimpotrivă, copiii normali au răspuns Ia toţi stimulii, iar deficienţii mintali, de vârstă mintală egală cu cea a copiilor autişti, au răspuns la două componente. Se putea prevede

că autiştii vor manifesta tendinţa de a se concentra asupra stimulului vizual sau, mai probabil, asupra celui tactil, în detrimentul celui auditiv, dar nu s-a întâmplat aşa. Copiii autişti au pus accentul pe stimuli diferiţi şi nu au îndepărtat în mod sistematic stimulul auditiv. Aceste constatări corespund cu cele ale lui M. Konstantareas şi par a releva răspunsul puternic idiosincratic al acestor copii în tratarea informaţiei.

5. PARTICULARITĂŢI PSIHOGENETICE ÎN AUTISM

5.1. Semnele caracteristice observate în primii doi ani de evoluţie a unui sindrom autistic

Condiţiile în care se ajunge la stabilirea diagnosticului de autism sunt foarte diferite, în funcţie de forma clinică şi de modul în care ea debutează. Când este vorba de un autism asociat altor manifestări (retard, epilepsie, semne neurologice sau morfologice), acestea vor fi în general recunoscute primele, deseori foarte timpuriu, justificând şi bilanţurile specializate cu ocazia cărora se va realiza evaluarea sindromului autistic. Dacă este vorba de autism "pur", problema se pune în alt mod, fiind posibile două tipuri de debut. Un debut precoce şi progresiv este cel mai frecvent; uneori debutul apare însă mai tardiv, situându-se între 1 şi 2 ani, dar un examen precis pune în mod obişnuit în evidenţă existenţa prealabilă a unor semne mai discrete.

Identificarea formelor clinice se realizează în funcţie de principalii parametri observabili:

Modul de debut:

- precoce progresiv sau secundar (înainte de 2 ani), cu sau fără semne decelabile anterior.

Aspecte clinice ale sindromului comportamental:

- specificitatea şi/sau intensitatea simptomelor;

- aspectul clinic dominant (hiporeactivitate sau hiperreactivitate).

Nivelul de dezvoltare :

- cognitiv, capacităţi de comunicare, etape ale dezvoltării emoţionale.

Tulburări asociate :

- absenţa anomaliilor somatice decelabile;

- prezenţa semnelor fizice indiscutabile, dar nespecifice;

- patologie specifică asociată.

Contextul familial şi psihosocial:

- absenţa unor particularităţi în domeniul familial;
- prezenţa unuia sau mai multor cazuri psihiatrice;
- prezenţa unui alt caz de autism (rar) sau a altor forme ale tulburării de dezvoltare;
- factori psihosociali.

Primul semestru de viaţă: 0-6 luni

Primele săptămâni

Corp flasc (sau dimpotrivă rigid) la ridicarea în braţe;

Pare diferit de alţi copii;

Absenţa privirii ochi-în-ochi;

Indiferenţă faţă de îngrijiri, ţipete când cineva se ocupa de el;

Absenţa reacţiei la voci umane;

Tulburări precoce ale somnului;

Tulburări alimentare: supt defectuos, lent, refuzul biberonului,

regurgitări frecvente;

Eventual anomalii fizice minore.

l-3 luni

Copil hipotonic, îşi ţine greu capul;

Cuminţenie bizară, neobişnuită;

Anomalii ale privirii;

Facies inert, "serios";

Deficit de atenţie faţă de persoane;

Nu zâmbeşte sau zâmbeşte foarte puţin; nu este sensibil la

voci;

Tulburări alimentare: anorexie, vomă, indiferenţă în timpul

suptului;

Tulburări ale somnului: insomnie "silenţioasă'Vagitată; uneori

hipersomnie.

3-6 luni

Copil excesiv de potolit, sau dimpotrivă, iritabil;

Hipotonie (uneori hipertonie);

întârziere în menţinerea poziţiei capului, a poziţiei şezânde;

Absenţa sau întârzierea atitudinii anticipatoare;

Absenţa sau deficitul de ajustare posturală;

Absenţa sau raritatea apariţiei surâsului;

Expresii faciale puţine; figură în general tristă, indiferentă;

Anomalii ale privirii (deficitul contactului vizual, privire

goală, strabism);

Indiferenţă faţă de lumea sonoră şi/sau hipersensibilitate la

anumite sunete;

Absenţa sau întârzierea gânguritului;

Sărăcia ataşamentului afectiv faţă de persoane;

Dispoziţie sumbră, iritabilă; ţipete, furie;

Absenţa expresiei de bucurie;

Interes special pentru mâini;

Ignorarea jucăriilor;

Tulburări ale somnului: insomnie agitată sau calmă;

Dificultăţi de alimentaţie;

Tulburări digestive; constipaţie precoce;

Anomalii ale curbei termice.

Al doilea semestru de viaţă: 6 luni-l an

Hipotonie;

întârzierea ajustării posturale; ţinut în braţe, se menţine la distanţă, se apleacă în spate;

Deficit al contactului vizual: nu se uită la persoane, nu fixează obiectele; uneori, dă impresia de cecitate (dar poate fi interesat de detalii);

Expresivitate facială redusă;

Absenţa gesturilor simbolice;

Absenţa imitaţiei;

Indiferenţă faţă de lumea sonoră şi/sau reacţii paradoxale la sunete; interes pentru muzică, frică faţă de unele sunete;

Gângurit slab, idiosincratic (necomunicativ);

Izolare, "retragere" afectivă;

Cuminţenie particulară (sau furie);

Dezinteres faţă de persoane;

Ignoră jucăriile sau le utilizează în mod neobişnuit;

Balansări, jocul cu mâinile şi cu degetele în faţa ochilor;

Absenţa angoasei de separare;

Absenţa reacţiei anxioase în prezenţa unui străin;

Reacţii de frică neobişnuite (situaţii noi, unele zgomote);

Tulburări ale somnului: insomnie (sau hipersomnie);

Dificultăţi de alimentare: refuzul linguriţei, al alimentelor noi, anorexie;

Absenţa interesului pentru prepararea mesei; gusturi particulare.

între 1 şi 2 ani

întârziere (sau oprire) a mersului;

Mers şi motricitate particulare: mers pe vârfuri, balansări, rotiri;

Deficit al ajustării posturale;

Slabă coordonare vizuo-manuală;

Hipoactivitate, deficit de explorare a mediului (sau hiperactivitate fără scop);

Stereotipii (balansări);

Anomalii ale privirii: deficit al atenţiei vizuale, privire bizară

(periferică, scurtă), fixarea detaliilor;

Anomalii ale percepţiei auditive; interes pentru muzică;

Expresii faciale sărace; absenţa gesturilor simbolice;

Limbaj absent sau perturbat: cuvânt-sunet lipsit de sens,

ecolalie;

Tulburări ale comprehensiunii verbale şi nonverbale;

Deficit al contactului cu alte persoane;

Reacţii afective sărace sau extreme;

Furii, anxietate, frici foarte vii;

Jocuri sărace sau stereotipe; absenţa jocurilor imitative;

Interese particulare (sursă luminoasă, jocuri de umbre,

reflectări ale luminii, obiecte ce se învârtesc);

Evitarea unor senzaţii;

Tulburări ale somnului (somn agitat, ritmii);

Tulburări alimentare (refuzul unor consistenţe, unor gusturi);

Absenţa interesului (sau opoziţie) faţă de tentativele de

impunere a igienei.

Aşa cum afirmam, aproape întotdeauna, dar nu chiar în mod invariabil, autismul debutează în primii trei ani de viaţă. Trăsăturile sale specifice variază apreciabil în funcţie de vârsta la care sunt detectabile, iar tulburarea poate să înceapă în copilăria foarte timpurie, dar să fie recunoscută abia mai târziu. Ca urmare, dovezile care atestă deficitul de dezvoltare, deseori prezent încă din primul an de viaţă, pot

fi nespecifice. Pe de altă parte, tulburările de tip autist ocazionale, care apar după vârsta de 3 ani, sunt rare şi se datorează, în general, unor disfuncţii cerebrale dobândite sau unor maladii genetice cu debut tardiv.

în acest context, studiul momentului în care se plasează debutul autismului (în primul an de viaţă sau mai târziu) dobândeşte o importanţă crucială.

O valoare teoretică deosebită poate fi acordată problemei măsurii în care debutul autismului se situează în mod tipic în primul an de viaţă sau dincolo de această perioadă. Aşa cum nota L. Wing (1977), vârsta certă de apariţie a autismului este extrem de greu de stabilit. O retrospectivă a unor interviuri parentale sugerează însă că mulţi copii autişti au prezentat decalaje semnificative în dezvoltarea abilităţilor motorii, a limbajului şi a comunicării în primii doi ani de viaţă. Dificultatea interpretării acestor interviuri constă în faptul că este necesară realizarea unei distincţii între întârzierile care sunt manifestări ale unui retard intelectual general şi întârzierile sau devierile faţă de dezvoltarea normală, specifice pentru autism. De aceea, sunt foarte importante comparaţiile cu datele obţinute de la părinţii unor copii retardaţi non-autişti.

L. Wing (1977) a realizat un studiu cuprinzând datele obţinute de la părinţii unor copii normali, autişti, deficienţi mintali (cu sindrom Down), copii cu tulburări de limbaj, copii parţial nevăzători şi copii parţial surzi, cu vârste cuprinse între 4 şi 6 ani pentru a completa un program de întrebări menite să descrie anomaliile caracteristice autismului precoce. Autoarea a fost preocupată de scorurile trăsăturilor clinice corespunzătoare copiilor cu vârste cuprinse între 2 şi 5 ani. S-au pus în evidenţă contraste marcate între copiii autişti şi cei normali sau cei cu sindrom Down. Copiii autişti au prezentat dificultăţi în ceea-ce priveşte atenţia vizuală faţă de persoane şi obiecte, utilizarea şi înţelegerea unor gesturi, maniera de a intra în relaţie cu cineva, modul de a răspunde emoţional în diverse situaţii, precum şi dificultăţi în domeniul ludic. Din comparaţiile realizate cu copiii cu tulburări ale limbajului receptiv sau cu cei parţial nevăzători sau parţial surzi, s-a obţinut un contrast evident mai mic, cu toate că apărea destul de net o rată semnificativă a inabilităţilor perceptive şi socio-relaţionale încă din copilăria timpurie.

Un studiu mai recent, realizat de S. Baron-Cohen, J. Allen şi C. Gillberg (1992) adaugă alte dimensiuni acestor observaţii. Medicii

de familie au fost rugaţi să completeze un chestionar scurt pentru un eşantion de copii în vârstă de 18 luni, având fraţi mai mari autişti şi care puteau fi predispuşi la o moştenire a tulburării, în paralel cu un eşantion de copii normali. întrebări le-cheie erau legate de măsura în care copiii erau interesaţi de aîţii, agreau jocurile colective, se angajau în jocuri simbolice, îşi foloseau indexul pentru a desemna un obiect de care erau interesaţi. Singurii care au eşuat la mai mult de unul din aceşti itemi au fost patru copii din cei 41,

aflaţi în grupul cu risc ridicat. Doar aceştia au fost diagnosticaţi ca autişti la vârsta de 30 luni. Ca urmare, cel puţin la unii copii autişti, tulburările sociale şi cognitive caracteristice devin manifeste în cel de al doilea an de viaţă.

5.2. Aspecte ale teoriei lui Bruno Bettelheim legate de autism în copilăria timpurie

5.2.1. Nou-născutul este extrem de activ

„Observaţii recente asupra nou-născuţilor arată că aceştia sunt influenţaţi de către mediu mult mai devreme decât s-ar crede", scria B. Bettelheim în 1967. Un mare număr de date extrase din diverse studii de specialitate, în mod special cele ale lui L.W. Sander (1962), conduc la ipoteza conform căreia nou-născutul este capabil de acte remarcabile de comunicare, chiar din ziua în care vine pe lume. Se afirmă chiar că mişcările sugarului se armonizează perfect cu vorbele mamei. In lucrările sale, B. Bettelheim a ajuns la concluzii asemănătoare, care l-au determinat să sublinieze natura activă a acestuia. Afirmaţiile sale contrastează însă cu poziţia psihanalitică tradiţională, care tinde să considere copilul ca pe o fiinţă relativ pasivă, poziţie confirmată de altfel de datele experimentale actuale.

5.2.2. Experienţa alăptatului este critică pentru copil

Referindu-se la teoria psihanalitică tradiţională, B. Bettelheim afirmă că, dacă totul merge bine în timpul alăptatului, copilul se va dezvolta cu un sentiment de încredere în sine şi în alte persoane.

Dimpotrivă, dacă apar probleme, "mama şi nou-născutul pot să fie angajaţi într-o luptă care va fi din ce în ce mai gravă". Dacă mama interpretează greşit eforturile, uneori stângace, ale copilului, se poate simţi respinsă, fapt ce duce, încetul cu încetul, la o retragere mai mult sau mai puţin permanentă din partea acestuia.

5.2.3. Chiar şi mamele unor nou-născuţi normali pot considera dificilă stabilirea unei relaţii reciproce satisfăcătoare

B. Bettelheim, subliniind importanţa primelor săptămâni sau luni de viaţă ale copilului, nu pare a considera maternitatea ca fiind ceva uşor sau "natural". Mama (şi în mod sigur şi tatăl) nu trebuie să aştepte nici prea mult, nici prea puţin din partea copilului. Dacă mama aşteaptă prea mult de la relaţia sa cu copilul, poate să fie decepţionată la un moment dat. în acest caz, nu numai că micuţul nu poate să-şi dezvolte dorinţa relaţiei, dar poate să nu mai fie interesat de realitate sau de încercarea de a o influenţa. De asemenea, dacă mama se aşteaptă la prea puţin, poate descuraja eforturile copilului în această direcţie, forţându-l "să existe mai ales ca prelungire a ei, ca obiect pasiv al îngrijirilor sale".

Autorul tranşează foarte net situaţia; el subliniază faptul că nici o mamă nu se poate adapta complet trebuinţelor sugarului. El adaugă, de asemenea, că poate este bine ca o mamă să fie "failibilă". Dacă nu ar fi aşa, copilul său nu ar avea niciodată ocazia să-şi dovedească propria capacitate de afirmare în faţa mitului mamei perfecte şi generoase, visate de fiecare dintre noi, resursele reactive ar risca să dispară.

*5.2.4. **Autismul** este **un act de retragere***

"Când unui copil i se cere din ce în ce mai mult şi când încearcă să găsească satisfacţii prin el însuşi, el simte o frustrare şi mai mare: nu găseşte satisfacţie şi nici nu poate să facă ceea ce îi cer părinţii. Copilul se retrage atunci în starea de autist" (Bettelheim, 1967). Cu alte cuvinte, copilul autist se retrage din faţa lumii pentru că nu **o** poate suporta. Raţiunea propunerii acestei teorii ţine, în parte, de experienţa personală a autorului legată de lagărele de concentrare germane, unde a fost "martorul" incredul al non-reacţiilor unor prizonieri la încercări extrem de crude. El susţine că datorită unor experienţe "cotropitoare" din perioadele critice, retragerea copiilor autişti poate fi atât de absolută, încât elimină chiar şi durerea. Se poate vorbi, în acest caz, de o concentrare a subiectului asupra sistemului defensiv propriu, pentru excluderea oricăror stimuli, fie că aceştia vin din interior sau din exterior. Până şi mutismul acestor copii pare să constituie un mecanism de apărare contra durerii afective. Paradoxul reacţiilor autistului rezidă însă în faptul că, deşi aceşti copii nu par să

simtă vreo durere, frica lor de aceasta generează uneori o forţă de rezistenţă supraomenească.

B. Bettelheim consideră deci că autismul ar ţine de "o perturbare în căutarea contactului cu lumea" şi că ar fi legat înainte de toate de ceva ce se întâmplă încă de la naştere. Deşi autorul încearcă să nuanţeze această afirmaţie declarând că nu poate exclude posibilitatea existenţei unei anomalii prenatale de dezvoltare, care ar fi un factor favorizant, el nu împărtăşeşte în ansamblu teoria lui Kanner, care vorbeşte de o incapacitate înnăscută.

Pe marginea afirmaţiilor lui B. Bettelheim se pot face o serie de comentarii. în primul rând, oricât de evocatoare ar fi unele date biomedicale recente, nici un studiu nu a adus încă informaţii care să implice în mod clar anomalii biologice sau genetice specifice.

în al doilea rând, chiar dacă există unele probe evidente că autismul ar rezulta ca urmare a unor forme particulare de leziuni neuronale, nu sunt motive pentru a crede că acest lucru ar avea valoare practică. în acest sens, O. Lovaas şi colaboratorii săi (1977) au afirmat că este în mod evident posibil ca patologia să fie de natură structurală. Poate fi vorba de un deficit funcţional, cum este cazul copilului orb sau surd. Corectarea acestui deficit depăşeşte însă tehnica medicală actuală.

Insistenţa lui B. Bettelheim legată de capacităţile active ale sugarului este, cel puţin parţial, justificată. După studii relativ recente, ideile emise de autorul amintit în 1967 erau

considerate avansate pentru acea perioadă. Interesul pentru legătura mamă-copil a crescut în mod considerabil şi constituie o modalitate de cercetare pentru o mai bună înţelegere a autismului. B. Bettelheim prezintă un mare număr de idei inovatoare bazate pe experienţa sa în domeniul autismului. El este preocupat de descoperirea sensului subiacent al cuvintelor fragmentare, al desenelor, al activităţilor stereotipe ale copilului autist. Altfel spus, metoda Iui constă în principal în încercarea de edificare a unei ipoteze legate de modul în care copilul se percepe pe sine şi în care percepe lumea înconjurătoare.

Cu toate că unii cercetători nu sunt de această părere, ideile lui B. Bettelheim sunt analoage principiilor avansate de behaviorismul radical. Sigur că psihanaliştii au pus accent pe natura relaţiei terapeut-copil, iar behavioriştii insistă asupra recurgerii la elemente de reîntărire pentru modificarea comportamentului, dar cele două puncte

de vedere sunt probabil necesare pentru conceperea unui program "ideal" de diagnosticare şi de tratament.

5.3. Perioadele critice din copilăria timpurie

Aşa cum rezultă dintr-o serie de studii de specialitate, autismul infantil ar apărea ca pornind de la convingerea conform căreia nu este nimic de făcut într-o lume care oferă unele satisfacţii, deşi deseori nu cele dorite şi, de multe ori, doar în moduri frustrante. Cu cât se aşteaptă mai mult de la un copil autist şi pe măsură ce el încearcă să găsească satisfacţii proprii, cu atât frustrarea devine mai apăsătoare. Ca urmare, el se retrage din faţa lumii, pe care o consideră ostilă şi neprimitoare, cu caracter distructiv. Dar din moment ce copilul autist a avut odată o imagine vagă a unei lumi satisfăcătoare, el va lupta pentru a o redobândi, nu prin acţiune, ci prin "fantezie".

Există posibilitatea considerării autismului infantil ca provenind din experienţa copilului în cursul câtorva perioade critice. *Prima* dintre acestea se poate situa între *0-6 luni,* perioada dinaintea aşa-numitei "angoase de 8 luni", înainte ca dorinţa sa de a se împrieteni să fie reîntărită negativ prin frica de străini. Pentru ca această separare normală prieten-duşman să apară, experienţa anterioară a copilului trebuie să îi permită alegerea câtorva prieteni; experienţa sa ar trebui să-i furnizeze dovezi legate de bunătatea lumii. Tocmai din cauza reacţiilor specifice pe care le au la încercările de apropiere ale anturajului, unii copii pot fi recunoscuţi ca autişti în jurul acestei vârste.

Cea de *a doua* perioadă de experienţe critice ar putea fi cea dintre *6 şi 9 luni,* care în mod normal include "angoasa de 8 luni", descrisă de R. Spitz. Pe măsură ce recunoaşte alte persoane ca individualităţi, copilul începe să se recunoască şi pe sine ca atare. Dacă în cursul acestei perioade, copilul încearcă stabilirea unei relaţii cu o persoană, iar aceasta din urmă nu răspunde acestei dorinţe, el poate să renunţe la intenţia interacţiunii. Iar dacă nu reuşeşte să-l "găsească" pe celălalt, nu se va găsi nici pe sine.

A treia perioadă critică ar putea fi cea de la *18 luni la 2 ani,* perioadă în care depistarea autismului devine cea mai frecventă. Este vârsta la care copilul poate dori sau evita contactul cu lumea nu numai din punct de vedere emoţional, dar şi prin îndepărtarea efectivă de

aceasta. Ar putea fi vorba de stadiul în care retragerii emoţionale din faţa mamei i se adaugă retragerea din faţa lumii întregi.

în concluzie, în fiecare stadiu, diferitele dorinţe şi încercări ale sinelui au fost blocate sau au interferat : în primul stadiu, cu tendinţa copilului de a fi în general activ; în cel de-al doilea, cu dorinţa sa activă de a interacţiona cu alţii; iar în cel de al treilea, cu eforturile de stăpânire a lumii atât fizic, cât şi intelectual.

Reîntorcându-ne ia originile situaţiilor extreme în copilăria timpurie, se poate afirma că patologia maternă poate fi deseori severă, că în multe cazuri, însuşi comportamentul mamei faţă de copil oferă un exemplu de reacţie anormală. Dar acest lucru nu dovedeşte nici faptul că mama ar crea procesul autistic, nici că specificul patologiei sale ar explica-o pe cea a copilului. Aici apare şi ideea legată de concentrarea asupra relaţiei mamă-copil, concentrare care îşi are originea într-un ideal nereal ist, acela al simbiozei perfecte între mamă şi copil.

M. S. Sarvis şi P. Garcia (1961), într-un studiu asupra mai multor copii autişti, au ajuns la o concluzie asemănătoare şi anume aceea că nu atitudinea maternă este determinantă pentru producerea autismului, ci reacţia spontană a copilului faţă de aceasta. Ei sunt de părere că, în perioada critică dintre 6 luni şi 3 ani, orice i se întâmplă copilului, indiferent că provine din interior sau din exterior, este posibil să fie perceput de acesta ca persecuţie din partea mamei. Socotind-o pe mama sa responsabilă pentru dificultăţile întâmpinate, copilul o respinge. Această respingere de tip paranoid poate fi denumită *reacţie autistică.*

Astfel, reacţia autistică iniţială a copilului poate fi determinată de o serie de condiţii, dar măsura în care această reacţie devine o boală cronică depinde de răspunsul din partea mediului. Oricum, atât reacţia originală, cât şi comportamentul autistic ulterior sunt răspunsuri spontane şi autonome din partea copilului.

Aşa cum vom vedea în partea următoare, în perioada preşcolară, între 2 şi 6 ani, toate semnele, simptomele şi tulburările sunt exacerbate. Apoi, atunci când orice speranţă pare pierdută, între 6 şi 12 ani copilul manifestă o serie de schimbări. Pare mai puţin speriat de mediul înconjurător, mai puţin pierdut şi agresat de acesta. Urmează apoi perioada adolescenţei, care, pentru foarte mulţi autişti, este realmente dramatică, prin elementele sale caracteristice.

5.4. Copilul autist de vârstă preşcolară

Aşa cum afirma foarte plastic C. Milcent (1990), la această vârstă copilul autist este un adevărat "ecorche vif" (jupuit de viu), într-adevăr, copilul autist preşcolar poate avea probleme mai mult decât serioase. In momentul în care se simte frustrat, izbucneşte brusc în accese de furie impresionante şi fără un motiv aparent. Aceste crize, deseori frecvente, frapează prin violenţa lor şi prin faptul că sunt însoţite nu arareori de automutilări (muşcarea mâinilor). Accesele de furie încetează însă la fel de brusc cum au apărut, fără a-i lăsa părintelui iluzia că a ştiut să le calmeze. Uneori crizele au loc în timpul nopţii în maniera coşmarurilor şi este dificil de ştiut dacă sunt sau nu legate de reprezentări cu sens sau dacă este vorba doar de senzaţii dezagreabile.

Aceşti ani sunt întotdeauna foarte dificili pentru părinţi, care par să nu conteze pentru copil. Când pare a fi demn de interes, umanul este, în cel mai bun caz, un obiect al curiozităţii sau un mijloc de acţiune. Părinţii trebuie să suporte starea de tensiune, disperarea copilului, fără a putea să-i diminueze suferinţa. La această vârstă, copilul autist nu ia în seamă aprobarea sau dezaprobarea părinţilor, iar descoperirile şi interesele sale nu sunt ghidate de partenerul uman.

Copilul autist va reuşi construirea relativă a unei reprezentări a mediului, căutându-şi reperele. Acestea vor consta adeseori în regularităţi, ritmuri sonore sau vizuale. El inventează coerenţe şi găseşte anumiţi pivoţi prea puţin tradiţionali în jurul cărora îşi edifică o logică proprie, fără a putea utiliza axele sociale şi culturale furnizate de adulţi. Pe de altă parte, valorile sociale, frecvent transmise prin emoţii, nu par a-l ghida sub nici o formă. Multă vreme tributar senzaţiilor sale, el nu construieşte decât foarte lent noţiunea de permanenţă a obiectului. El nu-şi doreşte o jucărie ce aparţine altuia, renunţă uşor la bunurile proprii, cu excepţia cazurilor când acestea sunt ţinta obsesiilor sale.

Demnă de remarcat la această vârstă este întârzierea apariţiei vorbirii. Această întârziere nu este decât expresia unei carenţe mult mai profunde a comunicării, sub toate aspectele sale. în cazul în care vorbirea este totuşi prezentă, autistul repetă fraze întregi fără să le analizeze. Informaţia verbală este stocată ca atare, aşa cum a fost

auzită, şi este restituită în manieră identică, asemănător limbajului repetitiv al papagalului.

Vom prezenta în continuare câteva dintre caracteristicile psihice şi psihologice, modul lor de evoluţie şi tulburările acestora la copilul autist de vârstă preşcolară.

5.4.1. Dezvoltarea sinelui şi percepţia de sine

Atunci când un copil normal încearcă să înţeleagă aspectele variate şi complexe ale lumii şi, în primul rând, ale propriei lumi, reprezentate,- de exemplu, de mişcarea mâinii sau a degetelor, el începe să fie conştient de faptul că, în mod voluntar, el este autorul ce imprimă mişcarea. Când doreşte să-şi însuşească anumite obiecte, să atingă anumite scopuri, depunând în acest sens un efort şi înregistrând o reuşită, Eu-l său începe să se dezvolte.

Dimpotrivă, comportamentul copiilor autişti indică un declin al Eu-lui. Cu cât copilul este mai profund ancorat în autism, cu atât viaţa sa devine mai goală, mai monotonă şi mai stereotipă, Eu-l său având o structură şi un conţinut din ce în ce mai sărace. Privirea vagă, nedirecţionată şi neselectivă are scopul de a evita perceperea de noi stimuli, de a nu vedea ceea ce se întâmplă în apropiere şi, în consecinţă, prin deteriorarea pronunţată a Eu-lui, subiectul poate ajunge la o renunţare totală şi definitivă la orice fel de comunicare.

Cu toate că au fost realizate un număr mare de încercări de a alcătui un rezumat al dezvoltării timpurii a sinelui la copiii autişti, acest lucru pare a întâmpina serioase dificultăţi. Se poate porni de la legătura existentă între relativa absenţă a capacităţii de imitaţie şi posibilitatea redusă de identificare cu atitudinile altor persoane. în încercarea de ilustrare a "modului specific de existenţă a unui copil autist", G. Bosch (1970) insistă asupra manifestărilor proprii copilului căruia îi lipsesc adesea simţul posesiunii, conştiinţa de sine şi sentimentul de ruşine, dorinţa de auto-implicare şi identificarea cu o persoană activă. G, Bosch sugerează şi faptul că la copilul autist "contra-atacul" sau apărarea sunt imposibile deoarece copilul nu posedă experienţa necesară în domeniul relaţiilor defensive faţă de aşa-zisele agresiuni venite din exterior. El scoate în evidenţă faptul că întârzierea apare mai ales în privinţa capacităţii de a-l percepe pe celălalt ca pe o persoană, a capacităţii empatice şi a convingerii că lucrurile se pot referi şi la alţii, nu numai la sine.

O serie de autori au realizat paralele între descoperirile legate de autismul infantil şi cele ale lui J. Piaget privind dezvoltarea intelectuală a copiilor. Vorbind de experienţa de sine a copilului mic, Piaget (1954) afirmă că, "...exact în momentul în care subiectul este mai centrat pe sine, el se autocunoaşte mai puţin, se descoperă şi se plasează în universul pe care îl construieşte în virtutea acestui fapt. Cu alte cuvinte, egocentrismul semnifică absenţa atât a percepţiei de sine, cât şi a obiectivităţii, întrucât achiziţia posesiunii obiectului ca atare este la paritate cu achiziţia percepţiei de sine". Aceasta constituie o descriere exactă a modului în care copilul autist dobândeşte "posesiunea obiectului" simultan cu percepţia de sine.

Percepţia de sine poate fi dobândită doar atunci când subiectul devine activ prin forţe proprii, într-un moment în care egocentrismul său, încă radical, îl determină să atribuie orice eveniment extern unei activităţi personale. Dar, aşa cum se ştie, copiii autişti nu atribuie evenimentele activităţilor personale, deoarece ei se simt prea dominaţi de mediu pentru a-l putea modifica. Siguranţa rezidă doar în identic, care este opusul schimbării, în timp ce scopul esenţial al activităţii este tocmai acela de a schimba. Din moment ce

copilul autist evită activitatea personală şi orice modificare, el nu poate trece dincolo de un stadiu în care universul este centrat pe ceva ce e complet independent de el ca subiect.

O altă problemă este aceea a modului în care copiii autişti îşi conceptualizează propriile caracteristici, inclusiv cele legate de vârstă şi sex. R. P. Hobson (1983) a condus o serie de cercetări referitoare la această dificultate. El a pornit de la ideea conform căreia cunoştinţele copilului normal, legate de semnificaţia diferenţelor de vârstă şi sex, ar depinde parţial de tendinţele cu bază biologică de a percepe şi a relaţiona indivizii tineri şi în vârstă, bărbaţi şi femei, în diferite moduri.

Deşi pare o modalitate neplauzibilă de gândire, date relevante atestă asemenea tendinţe chiar şi la copiii mici, capabili uneori de discriminări timpurii între bărbaţi şi femei, între adulţi şi copii. Ipoteza susţinută de R. Hobson este aceea conform căreia absenţa acestei forme de bază a diferenţierii, în cadrul relaţiilor perceptuale inter-personale, ar putea determina dificultăţile autiştilor de apreciere a naturii vârstei şi sexului pentru ei înşişi şi pentru alţii.

5.4.2. Obsesia pentru identic, pentru ordine. Permanenţa obiectului

Majoritatea celor care au fost preocupaţi de dorinţa de "neschimbare" a copiilor autişti recunosc faptul că scopul acesteia este reducerea anxietăţii. Este vorba de un efort de a păstra o ordine a lucrurilor, a modului în care se desfăşoară diverse acţiuni.

Copilul autist creează legi pe care le consideră esenţiale pentru propria siguranţă. Acestea trebuie respectate, iar dacă nu se întâmplă aşa, copilul are impresia că viaţa sa se năruie. Pentru a împiedica acest lucru, el aranjează jucăriile în aceeaşi ordine, repetă frazele în exact aceeaşi manieră şi cu acelaşi enunţ. Legile sale se disting de ale noastre prin faptul că sunt neadaptative şi universale. Una şi aceeaşi lege guvernează totul. B. Bettelheim afirma că, dacă în primele zile de viaţă tensiunea creşte şi nu este eliberată printr-o "unificare finală cu obiectul aducător de satisfacţii", apare un fel de furie neputincioasă în care anticiparea şi, o dată cu ea, viitorul, sunt distruse.

In mod evident, majoritatea copiilor autişti insistă asupra imobilităţii timpului. De aceea, ei nu acceptă să li se vorbească de copii sau adulţi, de oameni care sunt mai tineri sau mai în vârstă, pentru că acest fapt ar implica o mişcare în timp. Singura ordine permisă este cea după mărime şi în consecinţă, lumea ar fi constituită doar din oameni mici şi mari (în loc de copii şi adulţi). Timpul este un distrugător al lucrurilor, care trebuie să rămână identice. De aceea, lumea copilului autist este o lume a spaţiului, în care nu există timp sau cauzalitate, aceasta implicând o secvenţă temporală în care evenimentele ar trebui să se succeadă.

Cauzalitatea implică de asemenea faptul că un eveniment îl determină pe celălalt, incluzând o relaţie. Copilul autist este însă îngrozit de relaţii, ele apărându-i ca distructive. în lumea copilului autist, lanţul evenimentelor nu este condiţionat de cauzalitatea obişnuită. Dar din moment ce un eveniment îi urmează altuia, trebuie să existe o lege cronică atemporală, o lege eternă. Lucrurile se întâmplă pentru că aşa trebuie, nu pentru că sunt determinate de ceva. Fiecare copil autist are însă modul său propriu de a lupta cu această dorinţă de a trăi în afara cauzalităţii, a timpului. Aceşti copii nu recunosc vreo ordine de funcţionare nici pentru propriul corp. Pentru ei, nici una din funcţiile organismului nu ia naştere din corp şi din trebuinţele sale. în

cel mai bun caz, sunt sisteme mecanice, care urmează o ordine mecanică.

O paralelă interesantă poate fi din nou realizată între studiile lui J. Piaget legate de conceptul de permanenţă a obiectului şi dovezile care atestă dorinţa de "neschimbare" a copiilor autişti. După cum afirma J. Piaget, acest concept este central deoarece numai prin dobândirea convingerii permanenţei obiectului, copilul reuşeşte să realizeze organizarea spaţiului, a timpului şi a cauzalităţii. Din moment ce J. Piaget (şi mulţi alţi filosofi, înainte şi după E. Kant) acceptă faptul că acestea sunt categoriile raţionale, iar dobândirea lor depinde de conceptul amintit mai sus, atunci funcţionarea mintală depinde de asemenea, în mare măsură, de achiziţia noţiunii de permanenţă a obiectului.

Printre observaţiile lui L. Kanner, legate de autism, apare şi aceea conform căreia există "ceva" la copiii autişti care îi forţează să tindă în mod imperios către un mediu static, neschimbat şi că memoria lor în această privinţă este deseori remarcabilă. Probabil că această dorinţă de a avea obiectele aranjate întotdeauna în aceeaşi manieră poate fi mai bine înţeleasă cu ajutorul filosofiei piagetiene. Dacă unui copil autist îi lipseşte conceptul de permanenţă a obiectului, deşi a depăşit cu mult vârsta obişnuită pentru dobândirea acestuia, şi dacă majoritatea achiziţiilor ulterioare depind de acest stadiu, se pune întrebarea: oare această insistenţă pentru identic nu ţine de un efort disperat de stabilire în lumea exterioară a ceea ce nu s-a putut stabili în propria minte?

Conform teoriei piagetiene, conceptul de obiect debutează cu o simplă imagine perceptuală în cursul primelor zile de viaţă şi câştigă complexitate în timpul celor şase stadii ale dezvoltării senzorio-motorii, ultimul stadiu situându-se în jurul vârstei de 18 luni şi durând până la aproximativ 3 ani. Pentru copilul autist, obiectele există doar dacă le vede sau dacă sunt accesibile la locul lor obişnuit; ele încetează să mai existe când sunt deplasate în afara câmpului său vizual familiar. Această necesitate a copiilor autişti de a se "crampona" de obiecte şi de locul lor demonstrează că permanenţa se pierde în momentul în care apar unele dificultăţi. In asemenea cazuri, ei trebuie să intre fizic în posesia obiectelor. De aici se poate deduce că gradul vulnerabilităţii emoţionale este acela care îl împiedică pe copil să-i confere permanenţă unui obiect pe plan mintal. Deoarece, spre deosebire de un copil normal aflat în al patrulea stadiu senzorio-

motor, copilul autist poate reţine conceptul unui obiect, doar dacă "ameninţarea" legată de existenţa sa nu este prea curând resimţită. El îl pierde când acea "ameninţare" devine iminentă şi este nevoit să intre în contact fizic cu obiectul.

Cu alte cuvinte, doar în ultimul stadiu al dezvoltării senzorio-motorii, permanenţa obiectului nu mai depinde de rămânerea sa în acelaşi loc. Copilul autist, însă, nu suportă schimbarea locului pentru un obiect sau o altă modalitate de derulare a evenimentelor. Oare nu se poate presupune că acest lucru se explică prin faptul că autistul nu crede în persistenţa obiectului, dacă locul acestuia nu este cel obişnuit? Din observaţiile realizate asupra copiilor autişti, se poate afirma că, atât timp cât copilul nu este convins de propria sa existenţă ca de o constantă, el nu poate să creadă în vreo altă permanenţă. Acest lucru se bazează pe ideea imposibilităţii conservării integrităţii în faţa schimbării. Copilul autist, care a trăit prea puţine "momente de libertate" pentru el, ca persoană, nu poate transfera un astfel de concept către un obiect.

Copilul mic consideră ritmul flexibil al zilei şi al nopţii ca fiind de la sine înţeles. Când devine conştient de derularea anotimpurilor, conceptul de sine, care persistă în ciuda schimbărilor de mediu, este bine stabilit. Astfel, constanţa poate fi transferată secvenţei zi-noapte, chiar dacă acestea diferă ca lungime. în cazul copilului autist, acesta insistă deseori asupra egalităţii zilelor, ca lungime, asupra faptului că soarele răsare şi apune întotdeauna în acelaşi moment şi în acelaşi loc. Apartenenţa lui la lume depinde de identic, de constant; constanţa soarelui, a luminii, a secvenţei zi-noapte sunt concepte abstracte pentru el deoarece nu oferă permanenţă propriei existenţe.

Se pune pe bună dreptate întrebarea de ce copilul autist nu poate achiziţiona conceptul de permanenţă a obiectelor, cu toate că insistenţa sa disperată de a păstra totul neschimbat arată faptul că ar avea nevoie de acesta? Dar, dacă luăm în considerare ideile lui Piaget, copilul poate achiziţiona acest concept doar în măsura în care el interacţionează cu mediul său în ansamblu. El trebuie să facă acest lucru până când experienţa sa îl convinge că cel mai bun lucru este ca obiectele să aibă o existenţă permanentă, dar în acelaşi timp, ele pot să fie (şi sunt) deplasate. Dacă nu reuşeşte să depăşească starea de egocentrism, aceasta va persista, producând în mod inevitabil deformarea asimilării realităţii.

Tocmai această încredere în intenţiile benigne ale realităţii îi lipseşte copilului autist. Din moment ce el nu este atras de interacţiune, ci dimpotrivă, o consideră o ameninţare, nu reuşeşte să se acomodeze şi, de altfel, se dovedeşte a fi incapabil să o facă, deoarece auto-conservarea necesită o lipsă de acomodare la o realitate considerată distructivă. Se poate afirma că aceşti copii, care nu au încredere în stabilitatea mediului lor înconjurător, pot avea la dispoziţie tipurile de structuri cognitive necesare permanenţei obiectului, dar nu conştientizează şi nu cred acest lucru. Mai explicit, în timpul stadiului senzorio-motor, copilul autist nu se poate acomoda realităţii prin asumarea punctului de vedere al altei persoane, de exemplu, al mamei, care continuă să existe, deşi în afara câmpului său

vizual. El nu reuşeşte să vadă, în propriul său punct de vedere, unul dintre multe altele posibile şi să încerce coordonarea lui cu acela al altora.

Din moment ce copilul autist este inhibat de acţiunea pe cont propriu şi de interacţiunea cu lumea, el nu poate să părăsească poziţia egocentrică. In absenţa unui concept de permanenţă a obiectului şi a relaţiilor interumane, universul apare lipsit de ordine, haotic şi imprevizibil. Singurul principiu care poate duce la o oarecare ordine este siguranţa identicului.

In majoritatea cazurilor, abilitatea copiilor de a manipula obiecte şi de a-şi folosi propriul corp depăşeşte cele şase stadii de dezvoltare piagetiene. Dar abilitatea lor de a opera cu gânduri abstracte, opuse celor legate de preocupările emoţionale, este sub nivelul normal. Aceasta pare a fi blocată la al şaselea stadiu, cel care debutează în mod obişnuit la 18 luni. Este practic vârsta la care copilului autist îi este recunoscută în mod cert tulburarea de dezvoltare. Chiar dacă blocajul apare la acest ultim nivel al stadiului senzorio-motor, un grad ridicat de dezvoltare într-un anumit domeniu, concomitent cu un eşec total în altul, considerat inferior, pot fi deopotrivă prezente

O serie de observaţii sugerează faptul că unii copii autişti sunt perfect conştienţi de constanţa obiectelor, cunoscând relaţii ca *deasupra, dedesubt, la dreapta, la stânga.* Cu alte cuvinte, ei au reuşit să stăpânească spaţiul reprezentativ. Ei sunt conştienţi (selectiv) şi de anumite cauze externe, supunându-se acestora. Se poate presupune atunci că "eşecul" în dezvoltare ar trebui fixat într-un punct de tranziţie între o primă creaţie a lumii reprezentărilor interioare şi

folosirea acestor reprezentări ca instrumente simbolice de gândire. Utilizarea simbolurilor este deficitară şi haotică, iar lumea reprezentărilor interioare nu este suficient de stabilă. Când apare o aşa-zisă alterare radicală a lumii exterioare, copilul se simte ameninţat şi poate recurge la forme comportamentale primitive, în efortul de restabilire a permanenţei.

5.4.3. Comportamentele de tip obsesiv şi ritualic - mecanism de apărare al copiilor autişti

In locul modalităţilor ludice fireşti, copilul autist, chiar începând de la o vârstă fragedă, tinde să adopte moduri de interacţiune cu mediul puternic stereotipe şi ritualice. Aşa cum am amintit mai sus, rezistenţa la schimbare şi o profundă neplăcere legată de modificarea rutinei zilnice îi sunt obişnuite. Astfel, el poate insista să ia masa la aceeaşi oră în fiecare zi, în aceeaşi poziţie şi cu acelaşi set de tacâmuri. De asemenea, le pretinde şi celorlalţi membri ai familiei să se comporte în aceeaşi manieră rigidă. Această evitare a schimbării se extinde frecvent la mediul fizic, astfel încât copilul refuză, de exemplu, să tolereze o piesă de mobilier care nu e la locul său, uşi deschise într-un anumit fel sau o perdea care atârnă în mod "inacceptabil". Redecorarea locuinţei de către părinţi este deseori imposibilă datorită adevăratelor crize care se pot declanşa. Chiar şi activităţile care îi sunt

pe plac pot fi compromise datorită acestei rezistenţe în faţa schimbărilor, fie ele şi minore.

Pe măsura trecerii timpului, multe dintre aceste ritualuri devin mai pervasive şi pot afecta majoritatea aspectelor vieţii cotidiene. Autiştii pot, de asemenea, să devină mai insistenţi în privinţa altor persoane, care ar trebui să urmeze aceleaşi rutine.

Ritualurile se pot extinde şi în domeniul verbal, copilul putându-i împiedica pe cei din familie să folosească anumite cuvinte. El poate de asemenea insista ca aceştia să ia parte la "partide" interminabile de întrebări şi răspunsuri, care sunt aceleaşi în orice împrejurare (în cazurile de copii autişti la care limbajul verbal este prezent).

Deşi copiii autişti manifestă rareori interes normal pentru jucării, acesta se poate îndrepta către obiecte neobişnuite sau aspecte ciudate ale obiectelor. De exemplu, ei pot deveni obsedaţi de necesitatea atingerii fiecărei lămpi, clanţe, întâlnite în cale. Pot fi

fascinaţi de atingerea părului unei persoane, de hainele acesteia, fără a fi câtuşi de puţin interesaţi de persoana ca atare.

In literatura de specialitate, au fost citate cazuri ale unor copii autişti cu un interes obsesiv pentru colecţionarea unor obiecte. Tipul de obiect variază de la un copil la altul, putând fi vorba de orice, începând de la monezi străine, ursuleţi de pluş, până la obiecte mai bizare, ca, de exemplu, picioare de scaun, bilete de autobuz, cutii de conserve, sforicele. Deseori, copiii autişti prezintă preocupări neobişnuite, pe care le practică în detrimentul altor activităţi. In mod tipic, acestea implică teme ca: rute ale autobuzelor, mersul trenurilor, culori, direcţii, numere.

Pe de altă parte, obiectele care constituie ţinta ataşamentului obsesiv sunt şi manipulate într-un mod specific. Astfel, ele pot fi purtate într-o manieră precisă, între police şi index sau ridicate la nivelul feţei. Manierismele mâinii şi degetelor sunt şi ele frecvente, mişcările fiind deseori executate chiar în faţa ochilor. De asemenea, tipice sunt şi mişcările stereotipe ale întregului corp, rotirile în jurul propriei axe, acestea putând fi uneori extrem de complexe. Vom întâlni la autist fascinaţia pentru elementul sonor şi pentru melodiile care declanşează deseori sincronii motrice sub forma balansărilor de pe un picior pe altul, sau conduite de căutare şi atracţie puternică a surselor de zgomot ritmat. La copiii autişti care prezintă şi *un* pronunţat retard mintal, pot fi observate şi mişcări mai grave, cum ar fi lovirea capului, automutilarea sau smulgerea părului.

Comportamentele stereotipe sau autostimulatorii se pot referi la mişcări repetitive ale corpului sau ale unor obiecte, devenite ţinte ale obsesiilor. In general, în pratica medicală şi psihologică, dacă o persoană cu tulburări de dezvoltare manifestă forme ale comportamentului stereotip sau autostimulator, este deseori inclusă în categoria celor cu caracteristici autiste. Stereotipia poate implica unul sau mai mulţi analizatori, fiecare având comportamentul caracteristic.

Analizatorul Comportamentul stereotip

Vizual fixarea luminii, clipitul repetitiv, mişcarea

degetelor în faţa ochilor
Auditiv lovirea uşoară a urechilor, pocnitul degetelor,

emiterea de sunete repetitive
Tactil frecarea pielii cu mâna sau cu un obiect,

scărpinatul repetitiv

Vestibular legănatul înainte-înapoi

Gustativ suptul repetitiv al unor obiecte sau al

degetelor
Olfactiv mirosirea obiectelor, amuşinarea unor

persoane

Au existat multiple dezbateri cu privire la originea şi etiologia acestor activităţi şi comportamente. O. I. Lovaas (1981), adept al teoriei reîntăririi perceptive, afirmă că acestea provin din neîmplinirea trebuinţei de stimulare (se ştie faptul că autiştii se opun atingerilor, deci, sunt deprivaţi de contactele care sunt normale din punctul de vedere al dezvoltării). în consecinţă, el sugerează că indivizii autişti ar căuta o stimulare alternativă, care ar umple acest gol.

Pe de altă parte, M. H. Lewis şi colab. (1987) susţin faptul că mişcările stereotipe sunt doar un produs întâmplător al tulburării neurobiologice şi astfel, nu deţin vreo funcţie psihologică pentru subiect. în acest sens, fiind vorba de o disfuncţie cognitivă subiacentă, autiştii se antrenează în mişcări şi comportamente repetitive, declanşând un mecanism de apărare împotriva a ceea ce apare a fi o lume imprevizibilă şi fără înţeles.

Pentru a înţelege modul în care disfuncţia mintală serveşte drept cale de acces pentru expresia mişcărilor stereotipe de tipul legănării corpului, trebuie să ştim ce se întâmplă la nivel psihologic şi perceptiv. Disfuncţia psihologică la nivel perceptiv oferă un impuls pentru multe dintre comportamentele stereotipe. Copiii autişti par a avea un câmp vizuo-perceptiv îngustat faţă de copiii normali. De exemplu, U. Frith (1989) relatează cazul unui copil autist în vârstă de 7 ani care căuta cel mai mic puf alb pe covor, dar recunoştea extrem de greu jucării sau persoane. Aparent, percepţia sa vizuală era extrem de acută. Ce îl împiedica însă să prezinte reacţii corespunzătoare faţă de obiecte sau persoane?

Autoarea susţine faptul că autiştii îşi focalizează atenţia asupra detaliilor şi astfel, apare fragmentarea percepţiilor. Un exemplu ilustrativ al acestei afirmaţii îl constituie cel al unui copil care este atras de un cercel strălucitor, dar nu observă persoana care îl poartă, sau cel al copilului autist care învârte roţile unei maşinuţe, ignorând însă vehicolul ca atare, ca entitate.

După cum se cunoaşte, autiştii îşi îndreaptă atenţia spre un alt fel de stimuli decât copiii normali; din momentul în care se nasc, aceştia din urmă se ghidează după vocea partenerului uman,

urmărindu-i inflexiunile. în cazul copiilor autişti, răspunsul este mai degrabă obţinut prin foşnirea unei bucăţi de hârtie. Ca urmare, s-a emis ipoteza conform căreia creierul autiştilor vizualizează selectiv segmente mai mici sau diferite ale mediului înconjurător. Şi de aici, acea percepţie complet diferită a lumii, deseori confuză şi fragmentată, prezentă la copiii autişti.

Putem să ne referim la un caz al unei fetiţe autiste în vârstă de 12 ani, care avea ca obiect al preocupărilor soarele, ea asociind lungimi specifice ale umbrelor cu anumite momente ale zilei. Când călătorea împreună cu mama ei în zone cu fus orar diferit, devenea extrem de agitată deoarece umbrele nu se sincronizau cu modul ei de a percepe timpul. Este evident faptul că fetiţa prezenta tulburări de generalizare a noţiunii de zi, lipsindu-i continuitatea cadrului temporal. Aceste cazuri sunt o dovadă a modului de percepţie, diferit de normal, pe care îl au copiii autişti.

Presupunând că, în general, comportamentul îşi are originea în creier, se poate afirma că, pentru a descoperi cauzele comportamentului aberant, trebuie realizată o comparaţie între creierul normal şi cel al unei persoane autiste. De exemplu, un grup de medici de la Universitatea din Iowa au sesizat o diferenţă de mărime. In cazul creierului unui autist, cerebelul este mai mare, iar corpul calos mai mic. Un alt studiu a evidenţiat faptul că amigdala şi hipocampusul sunt diferite în creierul unui autist; aceste structuri sunt caracterizate prin neuroni mai mici, grupaţi în pachete. De asemenea, în cerebel apare o substanţială reducere a numărului celulelor Purkinje. De aici se poate deduce rolul jucat de aceste formaţiuni în explicarea anumitor aspecte ale autismului.

Se cunoaşte faptul că cerebelul este asociat cu componentele motorii şi cu mişcarea. în legătură cu aceasta, un studiu realizat de E. Courchesne evidenţiază că al şaselea şi al şaptelea lob al cerebelului sunt mai mici în cazul autismului, acest fenomen fiind numit hipoplazie. Courchesne a propus o conexiune între cerebel şi modul de deplasare al focarului atenţionai, autiştii necesitând mai mult timp pentru a realiza acest lucru. Cercetătorul a motivat acest fapt prin absenţa dezvoltării cerebelului în uter, determinată fie de deprivarea de oxigen, fie de infecţii, expunere la substanţe toxice.

O altă descoperire legată de cerebel se referă la reducerea numărului celulelor Purkinje, importante pentru conţinutul de sero-tonină, absenţa acestui neurotransmiţător putând fi asociată cu o

reglare ineficientă a dispoziţiei. Cu toate acestea, există o controversă legată de relevanţa acestui factor în cazul autismului. S-a constatat că Ia autişti apare un nivel anormal de ridicat al serotoninei şi nu unul scăzut; mai mult, dacă aceştia consumă alimente bogate în serotonină, există riscul apariţiei unor crize, datorită faptului că aceasta joacă un rol important în producerea reflexelor condiţionate.

S-a pus de asemenea problema diferenţelor existente în cadrul sistemului limbic în două din structurile sale: amigdala şi hipo-campusul. Amigdala este asociată cu reglarea emoţiilor şi a agresivităţii, iar în cazul eliminării sale la un animal, comportamentul acestuia este similar cu cel al unui copil autist. Amigdala este legată şi de răspunsul la stimulii senzoriali. Unul din simptomele prezente în autism este evitarea contactului ochi în ochi; acest fapt este legat de recunoaşterea feţelor, deoarece, în momentul în care este obligat să menţină contactul cu privirea, copilul autist manifestă un comportament agresiv. Celulele feţei permit identificarea unor situaţii periculoase şi atunci semnalele adecvate sunt trimise către diferite structuri cerebrale pentru a produce răspunsul adecvat. în cazul autismului, individul iniţiază un răspuns ostil; acesta devine un răspuns condiţionat, dar autistul recunoaşte efectele negative, încercând să prevină reacţii similare prin evitarea privirii celuilalt, fapt ce determină stagnarea dezvoltării abilităţilor sociale şi a limbajului.

Cea de a doua structură a sistemului limbic afectată este hipocampusul, legat de atenţie şi de memorie, precum şi de amigdala. Copiii autişti prezintă dificultăţi în învăţarea şi stocarea informaţiilor noi în memorie.In cazul înlăturării hipocampusului la un animal, acesta va dezvolta unele comportamente etichetate ca autostimulatorii: mişcări repetitive ale corpului sau ale unor obiecte, asemeni copiilor autişti. Şi, după cum am amintit anterior, pentru copiii autişti mediul este prea stimulativ, deoarece creierul nu reuşeşte procesarea in-puturilor senzoriale la fel de repede cum sunt recepţionate.

Cercetătorii au sugerat diferite motive legate de angajarea copiilor autişti în comportamente stereotipe. Un set de teorii se referă la faptul că aceste comportamente îi oferă subiectului stimulare senzorială (în cazul hiposenzitivităţii), care este deficitară datorită unor disfuncţionalităţi cerebrale sau periferice. Mai precis, aceste comportamente ar determina eliberarea beta-endorfinelor în corp, oferindu-i subiectului în cauză o sursă internă de plăcere. Apariţia comportamentelor stereotipe este explicată prin nivelurile crescute ale

opioidelor endogene, care determină o scădere a sensibilităţii la durere. Se sugerează de asemenea că nivelul opioidelor poate fi ridicat de activităţile repetitive. Dacă aceste

activităţi sunt cauzatoare de durere (în mod normal), corpul individului va produce cantităţi crescute pentru a spori intensitatea senzaţei plăcute.

Un alt set de teorii statuează faptul că acest gen de comportamente se manifestă în scopul calmării persoanei (în cazul unei hipersenzitivităţi), în momentul în care mediul se dovedeşte a fi prea stimulativ, persoana simţindu-se agresată de acest mediu. Ca rezultat, individul se antrenează în aceste comportamente pentru a bloca stimulările venite din exterior.

S-a constatat de asemenea faptul că aceste comportamente stereotipe interferează cu atenţia şi învăţarea, devenind deseori reîntăritori pozitivi, în măsura în care persoanei i se permite efectuarea mişcării sau gestului după îndeplinirea unei sarcini.

Au fost realizate o serie de experimente care să demonstreze posibilitatea ca stresul să inducă apariţia comportamentelor stereotipe atât la animale, cât şi la copiii autişti. N.R.F. Maier (1961) a efectuat studii interesante folosind şobolani, cărora le-a indus un comportament fix prin varierea condiţiilor ataşate reperelor învăţate. Primii şobolani erau antrenaţi să răspundă selectiv pe baza unor repere. In mod specific, ei erau învăţaţi să sară de pe o platformă pe o alta (din două puse la dispoziţie), ascunsă de nişte uşi. Prima platformă avea o uşă încuiată marcată cu un triunghi; cealaltă avea o uşă neîncuiată cu un cerc. Astfel, şobolanul zbura prin aer şi fie împingea uşa neîncuiată cu botul, aterizând pe platformă (alegerea corectă), fie primea o lovitură în bot din cauza uşii încuiate, căzând într-o plasă (alegerea incorectă). Dacă şobolanul alegea uşa "potrivită", găsea mâncare de cealaltă parte şi ca atare, curând şobolanii realizau o asociere între formă şi mâncare, alegând uşa corectă.

Experimentatorii au schimbat apoi reperele, în aşa fel încât uşile erau deschise sau închise la întâmplare, fără vreo legătură cu forma, iar rezultatul obţinut a fost refuzul şobolanilor de a sări. Când au fost forţaţi să sară, au prezentat comportamente neadecvate, de tipul ţipetelor la atingeri şi al refuzului mâncării. La încercările ulterioare, ei săreau fie exclusiv pe plaforma stângă, fie exclusiv pe cea dreaptă. Şobolanii săreau în mod repetat pe o parte anume, indiferent de forma existentă pe uşă şi neţinând cont de consecinţele alegerii lor. Mai mult, o dată ce comportamentul fixat se stabiliza,

comportamentul neadecvat diminua. Astfel, părea că acel comportament repetitiv dobândea o adaptare internă, având un efect de calmare.

Pavlov a realizat un experiment asemănător, folosind câini antrenaţi să facă discriminări între cercuri şi elipse. Când stimulii erau de nerecunoscut, câinii răspundeau în aceeaşi manieră cu şobolanii, prin comportamente fixate.

Aceste studii pot fi extrapolate şi în cazul copiilor autişti, deoarece se ştie că şi aceştia, în momentul în care sunt confruntaţi cu condiţii imprevizibile, regresează către acest tip de funcţionare. Charlop (1986) a condus un experiment în scopul evaluării tendinţelor ecolalice manifestate de copiii autişti. El a stabilit condiţii variate de mediu în funcţie de familiaritatea persoanei, a încăperii şi a stimulilor. Rezultatul a fost că episoadele ecolalice apăreau în special când subiecţii erau confruntaţi cu o persoană necunoscută, o cameră nouă şi stimuli neobişnuiţi. Din moment ce aceste condiţii au provocat un profund distres, autorul a putut să ajungă la concluzia conform căreia comportamentul ecolalic a fost invocat ca un răspuns defensiv.

J. Ruesch (1976) sugerează faptul că autiştii nu pot să se adapteze situaţiei decât prin memorarea unor criterii externe, prin abandonarea încercărilor, prin evitarea cu toate riscurile a eşecului şi prin efectuarea unor acţiuni "doar aşa" şi "în nici un alt mod". Aceste studii demonstrează faptul că atât animalele, cât şi oamenii reacţionează faţă de condiţiile neprevăzute prin comportamente stereotipe, fixe. Copiii autişti sunt angajaţi în comportamente cu stmctură corectă, dar lipsite de semnificaţie, de tipul ecolaliei. In momentul când li se pune o întrebare, ei o vor repetă adeseori mecanic; chiar dacă unele cuvinte pot să însemne ceva, propoziţia este pentru ei lipsită de semnificaţie, este doar o aglomerare de sunete care alcătuiesc un răspuns. Există forma, dar nu există funcţia; este vorba de o strategie în care subiecţii nu sunt nevoiţi să realizeze o alegere analitică. Acest aspect are efectul reducerii anxietăţii şi poate fi, deci, folosit ca un mecanism de apărare împotriva imprevizibilului.

W.B. Fletcher (1995) arată că o prezentare repetată a unei astfel de sarcini poate declanşa apariţia psihozei la copii. Este posibil ca autiştii să se simtă complet depăşiţi de barajul constant de percepţii fără sens, astfel încât recurg la acele comportamente stereotipe; ei nu ştiu să interpreteze corect reperele mediului lor şi să răspundă adecvat unei situaţii date.

Toate cercetările în domeniu au scos în evidenţă faptul că aceşti copii sunt fie hiper, fie hiposenzitivi la input-urile senzoriale. Hipersenzitivitatea îi determină pe autişti să manifeste acele comportamente stereotipe de care am amintit. Un caz de autism devenit celebru este cel al americancei Temple Grandin, care îşi descrie propriile trăiri într-o lucrare (1997): "Din câte îmi aduc aminte, am detestat întotdeauna să fiu strânsă în braţe. Doream să experimentez senzaţia plăcută dată de o îmbrăţişare, dar părea mult prea copleşitor. Era asemeni unui val imens de maree şi reacţionam ca un animal sălbatic. Simţeam nevoia să scap, uneori printr-o smucitură bruscă." Autoarea îşi aminteşte de asemenea că deseori stătea singură într-un colţ pentru a scăpa de semnalele auditive, deoarece se simţea asemeni unui "microfon". Se simţea incapabilă să facă faţă sarcinii de a distinge stimulii în plan perceptiv, cognitiv şi interpersonal. Ea recunoaşte faptul că se apăra împotriva fluxului stimulativ prin comportamente de tip autist, care îi aduceau o oază de calm. Grandin dorea atât de mult să-şi moduleze percepţiile tactile, încât a creat acea celebră "maşină care exercită presiune", care îi inducea un val de relaxare, iar pentru o oră se simţea calmă şi senină, iar anxietatea îi diminua considerabil. în general, mulţi

părinţi ai copiilor autişti relatează despre copiii lor faptul că sunt deseori în căutarea unor astfel de locuri în care sunt "presaţi" (sunt frecvent găsiţi în locuri extrem de strâmte).

Dacă în cazul autiştilor comportamentele stereotipe şi auto-stimulatorii apar în mod primar ca un act defensiv, este necesară luarea în considerare a acestui aspect în cadrul terapiei comportamentale. Este vorba de a încerca, în locul aplicării unor pedepse menite să reducă incidenţa acestor comportamente, metode de calmare şi relaxare prin limitarea input-urilor senzoriale.

Mulţi cercetători şi practicieni sunt actualmente de acord că analiza comportamentală aplicată (ACA) este o metodă eficientă de intervenţie în cazul problemelor comportamentale din cadrul autismului. O definiţie clinică a acestei metode statuează faptul că ACA este ştiinţa în care procedurile derivate din principiile comportamentale sunt aplicate sistematic în scopul ameliorării comportamentelor semnificative din punct de vedere social şi pentru a demonstra că aceste proceduri sunt responsabile de această ameliorare. Cu alte cuvinte, ACA examinează cauzele posibile ale unui comportament, folosind principiile acceptate ale managementului compor-

tamental şi determină apoi, în mod sistematic, modul de înlocuire a acestuia cu un răspuns adecvat. într-un studiu realizat recent s-a descoperit faptul că, în privinţa metodelor de analiză comportamentală, acestea includ tehnici pozitive (53%), aversive (20%), de stingere (1%) şi combinate (26%). Acest fapt sugerează că scopurile terapiei pentru comportamentele problematice s-au axat, în ultimii 20 ani, pe reducerea incidenţei acestora mai curând prin tehnici pozitive şi că amploarea procedurilor aversive este din ce în ce mai mică.

E.G. Carr şi V.M. Durând (1985) au studiat influenţa variaţiei în contextul eficienţei intervenţiilor asupra comportamentelor problematice. Studiul se baza pe ipoteza conform căreia o intervenţie concepută să afecteze comportamentul poate să fie eficientă într-un context şi să nu fie eficientă într-un altul, deoarece variabilele contextuale pot să interacţioneze cu unele aspecte ale intervenţiei. A fost realizată o analiză funcţională a comportamentului-problemă în două contexte diferite: în cursul unor activităţi impuse şi în cadrul activităţilor de relaxare. Au fost concepute două intervenţii pe baza tehnicilor analizei comportamentului: o încetare a reîntăririi pozitive (lipsa accesului la activitate - LAC) şi o reîntărire diferenţială a unui alt comportament (RDA).

Autorii au descoperit că aceste intervenţii produceau rezultate diferite, în funcţie de contextul de mediu în care erau aplicate. In contextul activităţilor impuse, intervenţia RDA producea o marcată reducere a comportamentului în cauză, iar LAC era ineficientă. Dimpotrivă, în contextul relaxării, în timp de LAC reducea substanţial nivelul incidenţei comportamentului, RDA era ineficientă. De aici, s-a putut deduce faptul că analiza

funcţională realizată într-un singur tip de context poate oferi doar date insuficiente pentru elaborarea unui program eficient de intervenţie.

Un alt studiu, realizat de B.A. Iwata şi M.F. Dorsey (1994), se referă la folosirea unei alte teniei de analiza comportamentului -trainingul de comunicare funcţională - în tratamentul a doi băieţi cu autism, cu scopul reducerii comportamentelor de tip autostimulare, a comportamentelor agresive şi stereotipe. In acest studiu trainingul de comunicare funcţională (TCF) a fost utilizat pentru înlocuirea problemelor comportamentale cu determinism multiplu, aceasta însemnând că acelaşi comportament este menţinut ca urmare a mai multor consecinţe. De exemplu, automutilarea poate fi menţinută atât de atenţie, cât şi de accesul la obiecte preferate. Aceasta poate indica

faptul că tratamentul eficient prin metoda amintită ar necesita învăţarea mai multor alternative de comunicare. Cu alte cuvinte, înlocuirea totală a comportamentului-problemă ar fi aşteptată numai după ce subiectul a învăţat răspunsuri alternative de comunicare. Un prim experiment din cadrul studiului avea ca obiectiv determinarea variabilelor care controlau comportamentul stereotip, auto-stimulator sau agresiv cu ajutorul analizei funcţionale. S-a observat faptul că atât atenţia, cât şi accesul la obiectele preferate menţineau comportamentele. Ca urmare, aceste comportamente au fost clasificate în motivate atenţionai şi motivate obiectual. Intervenţia bazată pe TCF părea să necesite învăţarea unor modalităţi alternative de captare a atenţiei şi de cerere a obiectelor, pentru a înlocui "funcţiunile" multiple existente ale agresivităţii şi autostimulării.

Un al doilea experiment urmărea în cadrul intervenţiei înlocuirea agresivităţii şi autostimulării cu alternativele funcţionale echivalente de comunicare. Pentru unul dintre subiecţi, limbajul expresiv nefiind dezvoltat, răspunsul alternativ selectat pentru captarea atenţiei era lovirea uşoară a mâinii profesorului. Pentru a cere diferite obiecte, răspunsul alternativ selectat era să desemneze cartonaşele cu desenele obiectelor dorite ("jucărie", "mâncare"). Cel de al doilea subiect, având un limbaj ecolalic, răspunsul său alternativ pentru atenţie era să rostească numele profesorului, iar pentru a cere un obiect era fie să îl numească pe acesta, fie să folosească termenul genera] "vreau". In cursul intervenţiei, copiilor li se oferea o reîntărire pozitivă prin formule verbale sau prin acordarea obiectelor cerute, în momentul în care dădeau răspunsuri corecte.

Rezultatele au arătat faptul că achiziţia abilităţilor alternative de comunicare a fost asociată cu reducerea concomitentă a agresivităţii şi comportamentelor stereotipe şi automutilatorii.

G. Berkson (1990) a evaluat gradul de eficienţă al folosirii obsesiilor copiilor autişti ca reîntăritori (cu şi fără proceduri de reducere) pentru anihilarea comportamentelor lor inadecvate. Studiul lui, utilizând tehnicile analizei comportamentale, s-a bazat pe faptul că activităţile preferate şi frecvente pot fi folosite pentru reîntărirea răspunsurilor mai puţin obişnuite, deoarece este cunoscut că pentru copiii cu autism, activităţile preferate

sunt, de cele mai multe ori, comportamentele obsesive şi auto-stimulatorii. Autorul a definit obsesia drept o preocupare intensă faţă de un obiect sau un concept specific, sursă de căutare permanentă şi de agitaţie extremă în cazul

contrarierii. Au fost selectaţi patru copii autişti care prezentau astfel de comportamente; unul dintre ei era obsedat de localizări geografice, preocupat de hărţi, globuri şi atlase. Un altul manifesta un ataşament intens faţă de un elicopter de jucărie, pe care îl lua peste tot, iar dacă obiectul dispărea din raza lui vizuală putea ajunge la manifestări extrem de puternice de agitaţie şi chiar la manifestări agresive.

Autorul a utilizat reîntărirea diferenţială tradiţională a altor comportamente (RDA), iar reîntăritorii alimentari erau introduşi în perioada în care nu apăreau comportamentele inadecvate. în acest mod, au fost evaluate trei situaţii de tratament. Prima dintre acestea oferea obiectele obsesiilor ca reîntăritori pentru perioadele de absenţă a comportamentelor-problemă. A doua situaţie oferea de asemenea obsesiile ca reîntăritori, dar concomitent cu aplicarea unor proceduri reductive uşoare ("nu" verbal). O ultimă situaţie folosea reîntăritori alimentari de bază, însoţiţi de proceduri reductive uşoare.

Rezultatul acestui studiu indică faptul că toate cele trei situaţii au fost mai eficiente decât tradiţionalul RDA. Mai eficientă a fost considerată a doua situaţie, cea a reîntăritorilor-obsesii, alături de procedurile reductive. Aspectele benefice ale acestei proceduri includ: uşurinţa implementării, faptul că nu necesită un timp îndelungat, că nu apar efecte secundare. De fapt, pentru trei din cei patru subiecţi, comportamentele neadecvate au fost reduse în afara şedinţelor terapeutice. Cercetătorul a ajuns la concluzia că succesul folosirii comportamentelor aberante ca reîntăritori poate fi explicat prin aceea că aceste comportamente pot fi reîntăritori primari.

O altă problemă interesantă este legată de relaţia dintre auto-stimulare şi jocul spontan cu jucării, la copiii autişti. Bazându-se pe observaţia conform căreia, deseori, copiii autişti sunt angajaţi în comportamente stereotipe sau auto-stimulatorii, în loc să se joace normal cu jucării, cercetătorii au încercat, folosind tehnicile analizei comportamentale, să determine măsura în care eliminarea auto-stimulării, fără vreo altă intervenţie asupra comportamentului copilului, ar oferi posibilitatea dezvoltării jocului adecvat. înainte de şedinţele experimentale, copiii se situau la un nivel scăzut al dezvoltării jocului şi prezentau o incidenţă crescută a comportamentelor auto-stimulatorii. în timpul şedinţelor, răspunsurile auto-stimulatorii erau pedepsite de către experimentatori prin rostirea unui "Nu" sever şi prin imobilizarea părţii corpului copilului implicată în acel răspuns. Rezultatele au arătat că nivelul jocului a crescut

semnificativ în momentul suprimării autostimulării şi a rămas Ia acest nivel fără reîntărire externă.

Autorii au precizat faptuJ că aceste rezultate nu se datorează efectului direct al pedepselor, din moment ce pedeapsa era folosită pentru a reduce comportamentul autostimulator. Aceste aspecte par să fie semnificative pentru că permit identificarea unui set de condiţii în care să fie încurajate comportamentele ludice adecvate la copiii autişti.

Problema comportamentelor stereotipe constituie una din ariile de interes ale lui E. Schopler (1993), care a consacrat copiilor autişti numeroase lucrări şi studii. El propune de asemenea o serie de metode de intervenţie pentru contracararea acestor comportamente. De exemplu, unul din cazurile prezente în lucrările sale este cel al unui băiat autist de 10 ani, având o deficienţă mintală uşoară, care este obsedat permanent de întrebarea: "Cât este ceasul?", fără a ţine însă seama de răspuns sau de situaţie. El va pune această întrebare chiar dacă este aşezat în faţa unei pendule pe care poate să vadă cu uşurinţă ora. încercările de diminuare a acestui comportament au cuprins: răspunsul la întrebare, ignorarea întrebării, ieşirea din încăpere, a-i spune copilului să tacă.

Analizând cazul, ne dăm seama că subiectul nu pune propriu-zis o întrebare, el cunoaşte deja răspunsul. El verbalizează o idee perseverativă, iar răspunsul sau absenţa acestuia din partea adultului nu are importanţă. Dacă i se cere să tacă, copilul va dobândi o stăpânire de sine crescută, care poate fi învăţată folosind o regulă concretă, un stimul vizual şi o recompensă concretă în momentul în care percepe regula. Intervenţia trebuie începută prin introducerea sintagmei "ţine gura închisă" în cursul mai multor perioade de lucru. Subiectului i se dă apoi o sarcină non-verbală care să nu fie dificilă, de exemplu, o corespondenţă cuburi-cifră; de fiecare dată când obţine un rezultat corect, i se aduc laude şi se marchează un punct. în momentul în care întrebarea obsesivă apare, se şterge punctul şi se adoptă o atitudine contrariată. Acest procedeu este continuat cu retragerea recompenselor şi a elogiilor la fiecare apariţie a întrebării. In cazuî în care îşi controlează dorinţa de a pune întrebarea, nu i se va retrage recompensa. La încheierea exerciţiului, copilul poate fi întrebat "Cât e ceasul?" şi să fie lăsat să răspundă, deoarece scopul intervenţiei este ca subiectul să conştientizeze existenţa momentelor potrivite sau nepotrivite pentru a pune întrebarea.

In concluzie, se poate afirma faptul că la copiii autişti, la care comportamentele stereotipe, autostimulatorii şi automutilatorii, apărute frecvent ca mecanisme de apărare împotriva stimulărilor excesive ale mediului înconjurător, tehnicile de analiză a comportamentului şi trainingul de comunicare funcţională sunt folosite cu succes în scopul ameliorării, cel puţin temporare, a acestor manifestări.

5.4.4. Dificultăţile de integrare socială

Copilul autist este, ca şi ceilalţi copii, inclus într-o istorie şi o societate. Dar emoţiile sale sunt absolute şi fără nuanţe, greşit legate de axul social, la fel ca şi acea "inteligenţă sălbatică", ce se dezvoltă la întâmplare, în loc să urmeze tiparele tradiţionale. Recunoaşterea partenerului social şi relaţia cu el apar foarte lent sau uneori chiar deloc.

Copilul autist poate deseori "dialoga" cu peretele ori cu propriile degete, ignorând complet vocea celui care se ocupă de el.

Spre deosebire de copiii normali, copiii autişti nu reuşesc să dezvolte ataşamente puternice, specifice, faţă de părinţi, în primul an de viaţă. Ei nu-şi urmăresc părinţii prin casă, nu aleargă să-i întâmpine după o perioadă de separare. Chiar dacă sunt supăraţi, necăjiţi sau dacă îi doare ceva, rareori apelează la părinţi pentru a fi consolaţi şi foarte puţini respectă obiceiul "sărutului de noapte bună". Se mai observă un eşec în folosirea zâmbetului, gesturilor sau a contactului fizic într-un mod obişnuit, pentru a răspunde sau a iniţia un act social, încă din perioada de sugar, este absentă acea anticipare prin întinderea braţelor pentru a fi ridicat de către adult.

Contactul vizual pare, de asemenea, a manifesta tendinţe de anormalitate. Unii copii autişti evită chiar în mod deliberat privirea adulţilor. Copiii normali folosesc contactul ochi-în-ochi ca pe un semnal social, ei nu privesc fix feţele adulţilor, ci adoptă un anumit mod de a privi pentru a atrage atenţia sau pentru a dovedi că înţeleg că li se vorbeşte. Privirea lor variază şi în funcţie de familiaritatea adultului şi de contextul emoţional al situaţiei. Copilul autist nu foloseşte însă contactul vizual într-un mod corespunzător cerinţelor situaţiei sociale.

Mulţi dintre ei au tendinţa de a nu realiza discriminări între persoane, aşa încât pot să se apropie de un străin în aceeaşi măsură ca de propriii părinţi. Deşi eşecul apare la dezvoltarea unor ataşamente normale, ei nu se îndepărtează neapărat fizic de persoane. S-a observat, de exemplu, că multora le plac jocurile mai dure, în care

sunt daţi peste cap. Deşi ei răspund uneori la contacte fizice de acest tip, le iniţiază rareori. Cu toate că pot să încerce captarea atenţiei adultului pentru a-şi satisface trebuinţele imediate, aceşti copii doresc foarte rar să-şi împărtăşească experienţele cu persoana adultă.

5.4.5. Tulburările de limbaj

Eşecul dezvoltării abilităţilor comunicaţionale normale este, la ora actuală, unanim acceptat ca una dintre cele mai importante trăsături ale autismului. Anomaliile limbajului sunt deseori semnalate de către părinţi şi sunt considerate, în literatura de specialitate, ca fiind printre primele probleme care produc îngrijorare. Vocalizele emise de bebeluşii autişti sunt rareori asemănătoare cu cele ale celor normali, atât în ce priveşte extinderea, cât şi frecvenţa. Acest lucru afectează şi apariţia limbajului verbal (normal între 9-l2 luni). Copilul autist nu reuşeşte să participe la "conversaţiile prelingvistice" reciproce, care sunt obişnuite între mamă şi copil. înţelegerea limbajului verbal este de asemenea redusă, iar absenţa gesturilor simbolice este o caracteristică prezentă la aceşti copii. Chiar şi cele mai simple gesturi sunt afectate, de exemplu, "arătatul cu degetul", iar dacă totuşi copiii îşi punctează dorinţele în acest mod, o fac mai degrabă cu toată mâna, decât cu

indexul. Rareori aceste mişcări sunt acompaniate de mimică, demonstraţie sau gesturi simbolice.

Ca orice individ însă, autistul resimte anumite necesităţi şi doreşte să transmită anumite mesaje înspre celălalt. Dar maniera sa de comunicare non-verbală şi verbală este extrem de restrânsă şi neconvenţională. Modul său de a atrage atenţia se reduce deseori la simple strigăte; intenţia este deci prezentă, ceea ce lipseşte este însă, în mod dramatic, forma.

Copilul utilizează rareori privirea directă ca semn preliminar al dorinţei de comunicare. I se întâmplă foarte rar să se asigure de disponibilitatea eventualului partener, căutându-i privirea. Funcţia socială, interogativă, este cel mai adesea absentă. Distanţa corporală nu e nici ea respectată, copilul plasându-se fie prea aproape, fie prea departe. Gesturile membrelor superioare, utilizate pentru a acompania vorbirea, pot merge până la limita discordanţei, dar pot şi lipsi cu desăvârşire. Apropierea de partener se face deseori din spate sau din lateral, şi nu din faţă, ca pentru a evita contactul vizual direct.

Din datele statistice rezultă că 50% dintre copiii autişti folosesc totuşi limbajul verbal. Din păcate, acesta nu are întotdeauna

valoare comunicativă, pentru că nu codifică "aceeaşi lume". El conţine uneori formulări atât de ermetice, încât numai cei apropiaţi pot să le decodifice. Indiferent de domeniul abordat, semanticul, semioticul şi contextul nu intră în rezonanţă. Comunicarea şi vorbirea sunt întotdeauna surse de contrarietate, de încercări laborioase şi de crize de frustrare intensă, care determină deseori renunţarea completă. Autistul vorbeşte sau încearcă să o facă din necesitate, pentru a-şi descrie stările sau pentru a-şi manifesta cerinţele. Când ascultă, dacă înţelege, o face în general la primul nivel, deoarece nu poate să conceapă existenţa reciprocităţii comunicării.

Mecanismele care definesc tulburările comunicării autiste par a fi: instabilitatea percepţiei, incapacitatea segmentării fluxului sonor în elemente distincte, imposibilitatea acordării sensului cu contextul, absenţa sentimentului de reciprocitate care presupune prezenţa unui punct de vedere diferit.

Despre copiii autişti se poate afirma, deci, nu numai că achiziţia limbajului le este întârziată, ci şi că utilizarea acestuia este complet diferită, atât faţă de copiii normali, cât şi faţă de alţi copii cu diverse tulburări de limbaj. Probabil că cea mai caracteristică trăsătură este eşecul în folosirea limbajului în scopul comunicării sociale. Copilul autist tinde să vorbească mult mai puţin decât un copil normal, la un nivel comparabil de dezvoltare a limbajului. El manifestă o dorinţă extrem de redusă de "comunicare de dragul comunicării". Dezvoltarea limbajului generativ este întârziată, iar enunţurile repetitive şi stereotipe iau locul celor creative. Ecoul întârziat şi inadecvat este deseori prezent; la fel inversarea pronumelor şi utilizarea anormală, egocentrică a limbajului.

în studiile efectuate pentru decelarea relaţiei dintre limbaj şi gândire, J. Bruner şi C. Feldman (1993) au ajuns la concluzia că în cadrul autismului lipsesc două elemente importante ale limbajului productiv: aceste carenţe se evidenţiază, deopotrivă, în dialog şi în limbajul general. în dialog, copilul autist pare incapabil să extindă comentariul anterior al interlocutorului. Dacă este vorba de limbaj în general, el pare să nu ştie cum să construiască o poveste. Ambele observaţii sugerează o incapacitate de codificare a argumentelor unei acţiuni într-o structură.

Pentru studiul limbajului şi al tulburărilor sale, la copiii autişti, trebuie realizate două distincţii: prima este diferenţa de fluenţă verbală între autismul uşor şi cel sever, iar cea de a doua este noţiunea

de gen sau stil, care poate fi de ajutor, în cazul variabilităţii deseori neexplicate sau inexplicabile între formele de limbaj din cadrul autismului. Conversaţia obişnuită, descrierea unui set de imagini care relatează o poveste, o repovestire, explicarea unei istorioare spuse de altcineva - toate constituie genuri diferite, având tipare lingvistice diferite. Cu excepţia conversaţiei, celelalte pot fi considerate mono-loguri, care necesită o coeziune crescută în alăturarea şi potrivirea unor afirmaţii. Aşa cum s-a putut constata, în urma diverselor cercetări efectuate, în special, de J. Bruner, copiii cu autism moderat ajung la achiziţionarea mai multor stiluri din cele menţionate mai sus, stiluri care sunt incluse în repertoriul copiilor cu autism uşor.

Non-existenţa comentariilor într-o conversaţie a autiştilor poate reflecta un aspect mai profund: acela conform căruia un autist trece prin viaţă fără a-i conferi experienţei sale forma narativă convenţională necesară, care i-ar permite să fie introdusă într-o conversaţie. Pentru ipoteza deficitului narativ, în autism, prezintă interes şi utilizarea frecventă a cuvintelor desemnând o acţiune intenţională la copiii normali - *aduce, vine, merge, pleacă, se uită, împinge.* Subiecţii autişti folosesc mai des cuvântul *pune,* pentru a exprima o intenţionalitate limitată la o acţiune anume, pe care un personaj dintr-una din imagini o execută la un moment dat, acţiune în care acesta are ceva în mână. Copiilor autişti par deci să le lipsească semnele cauzale, temporale şi intenţional-pragmatice, necesare pentru alcătuirea unei poveşti.

Ipoteza pe care o propune J. Bruner este aceea conform căreia problemele comunicaţionale în autism se datorează unui impuls slab sau chiar absenţei impulsului de a transpune experienţa de viaţă în naraţiune, începând cu o vârstă foarte fragedă (2-3 ani). Iar acest deficit persistă şi mai târziu, manifestându-se ca o dificultate de a spune o poveste. Se poate afirma că deficitul amintit, a cărui importanţă nu este pusă la îndoială, este consecinţa unei alte deficienţe, mai grave, în funcţionarea generală. Urmarea este deprivarea copilului de "baia" informaţională ce i-ar face posibilă crearea semnificaţiilor prin care să participe la viaţa socială.

Majoritatea studiilor legate de limbajul copiilor autişti arată că aceştia nu folosesc pronumele *eu. L.* Kanner a denumit acest fenomen "inversarea pronumelui", ţinând cont

de folosirea de către copil a pronumelui personal *tu* în locul celui de persoana întâi, *eu.* El amintea şi de "ecolalia întârziată" şi de "afirmarea prin repetare" pentru

cazurile în care, de exemplu, copilul este întrebat: "Tu vrei lapte?" şi răspunsul este "Tu vrei lapte". Se pare însă că acest concept de inversare pronominală nu este de natură a clarifica problemele existente. Pentru că, de fapt, copilul nu inversează pronumele, ci evită folosirea acestora, cu atât mai mult cu cât se referă la el însuşi.

Evitarea folosirii pronumelui *eu* denotă fie o negare a sinelui, fie absenţa conştiinţei de sine, în timp ce substituţia sa cu *tu* demonstrează o oarecare conştiinţă a sinelui altora. Anxietatea în raport cu şinele nu iese la iveală doar prin refuzul copilului de a vorbi, prin evitarea folosirii prenumelor personale. Comunicarea nu este legată doar de cuvinte, ci şi de scopul utilizării acestora. Numirea lucrurilor este mai accesibilă copiilor autişti, deoarece aceasta nu îi angajează în vreun fel şi nu le dezvăluie gândurile (orice angajament fiind o puternică sursă de anxietate). De aceea, ultimul lucru pe care doresc să-l facă este să-şi comunice sentimentele. Astfel, chiar dacă spun ceva, copiii autişti o fac cu o voce dintre cele mai bizare, de cele mai multe ori asemănătoare vocii unei persoane surde, cu aceeaşi calitate atonală şi neacomodată ca aceea a unei persoane care nu poate să-şi audă emisia vocală. De fapt, copiii autişti par a nu dori ca nici ei şi nici alţii să ştie ceea ce au spus. Acest lucru îi conferă vocii lor o tonalitate cât se poate de stranie, atipică.

S-a observat, de asemenea, că aceşti copii evită cuvântul *da* tot atât de mult pe cât îl evită pe *eu,* negaţia *nu* aparându-le în schimb mult mai de timpuriu în vocabular. Dacă dificultatea de învăţare a unor cuvinte ar fi determinată, aşa cum au afirmat B. Rimland şi alţii, de cauze organice, de leziuni cerebrale, nu ar trebui să existe diferenţe, iar cuvântul *da* ar trebui să apară în acelaşi timp cu *nu.* Probabil însă că preferinţa pentru folosirea negaţiei este o consecinţă a negativismului deliberat şi extrem de care dau dovadă copiii autişti.

Se poate adăuga faptul că prin interzicerea oricărei schimbări, prin refuzul existenţei sale ca *eu,* prin evitarea folosirii afirmaţiei *da,* copilul autist îndeplineşte ceea ce el consideră a fi dorinţa parentală, adică aceea de a nu exista. De aceea, pronumele *tu* - acei alţii cărora li se permite existenţa - şi adverbul *nu,* care este esenţialmente o negare a existenţei, îi sunt mult mai accesibile.

Este, de asemenea, relevantă uşurinţa cu care unii copii autişti (cei care reuşesc stăpânirea limbajului şi care nu prezintă o deteriorare profundă a capacităţilor intelectuale) învaţă să repete uneori liste nesemnificative de state, capitale, preşedinţi, cântece, chiar într-o

limbă străină. Acest lucru se întâmplă probabil, în primul rând, pentru că prin repetare este evitată orice implicare personală evidentă. In al doilea rând, aceste înşiruiri nu

divulgă nimic sau aproape nimic despre gândurile, sentimentele interioare, care trebuie ascunse. Folosirea limbajului de către copiii autişti pare a fi mai curând axată pe ascunderea gândurilor lor reale şi pe limitarea contactelor cu alte persoane, decât pe crearea unei punţi între semeni.

Acei copii care renunţă la orice limbaj, intrând în starea de mutism, par să fie convinşi că ascunderea gândurilor în spatele unui limbaj lipsit de sens nu este suficientă pentru a le oferi siguranţa necesară. L. Jackson (1972) se referă, în studiile sale, la nouă cazuri de copii nevorbitori, pe care i-a avut în grijă, diagnosticaţi ca autişti datorită evitării oricărui contact cu.fiinţele umane şi preocupărilor lor de tip repetitiv şi compulsiv. Mutismul acestor copii s-ar putea explica prin încercarea unei ultime retrageri în faţa "pericolului".

Ocupându-se în egală măsură de problemele de limbaj ale copiilor autişti, G. Bosch (1970), neurolog şi psihiatru german, insistă asupra faptului că, în afara acelei absenţe a pronumelui *eu,* se constată acelaşi lucru în privinţa formelor de limbaj conectate în mod obişnuit cu semnificaţia verbelor *a avea, a poseda, a influenţa* sau *a face.* Deci nu este întârziată doar folosirea pronumelui *eu,* ci şi cea a formelor verbale esenţiale, care leagă persoana întâi, *eu,* de viitor de pildă, precum şi cea a formelor imperative. Sunt de asemenea absente şi declararea intenţiilor, anticiparea procedurilor sau a scopurilor unei acţiuni. G. Bosch demonstrează astfel incapacitatea copiilor autişti de a manevra aceste concepte.

In încercarea găsirii unei cauze posibile pentru folosirea acestui limbaj bizar de către copiii autişti, G. Bosch ne trimite la originea acestuia. Limbajul se dezvoltă în cadrul interacţiunii cu ceilalţi. El presupune o serie de evoluţii care au loc în faza preverbală, care o precede, deci, pe cea verbală. G. Bosch pune un accent deosebit, în cercetările sale, pe comparaţia între dezvoltarea limbajului la copilul normal şi la cel autist. El remarcă faptul, că la copilul normal, pronumele *eu* apare mai întâi în contextul unei posesiuni, iar doar mai târziu este folosit în legătură cu o acţiune fizică. Luând în considerare maniera unui copil autist de a se exprima, G. Bosch remarcă nu numai înlocuirea persoanei întâi şi a funcţiilor legate de ea (posesie, acţiune), dar şi modul general de construcţie a enunţului,

adică evitarea unei cerinţe directe şi, în orice caz, a uneia adresate altei persoane.

5.4.6. Problemele legate de capacitatea de simbolizare

Studiile de specialitate atestă apariţia jocului simbolic şi creativ pentru copilul normal înjurai vârstei de un an şi jumătate, doi ani. Se pune întrebarea cât este de tipică pentru autism absenţa acestui tip de joc simbolic, imaginativ? Dacă ne referim la cercetările epidemiologice întreprinse de L. Wing (1981), putem aminti faptul că şi copiii deficienţi mintali non-autişti, având o vârstă de comprehensiune lingvistică sub 20 de luni, au

demonstrat lipsa iniţiativei pentru jocul simbolic reprezentativ, flexibil şi cu tematică variată. Este vorba aici de un "palier" intelectual, la nivelul căruia nici jocul simbolic, nici limbajul nu prezintă o dezvoltare corespunzătoare, indiferent de diagnostic. In momentul în care cercetătoarea s-a axat pe indivizi cu o vârstă mintală non-verbală de peste 20 de luni (şi, se presupune, cu un anume potenţial cognitiv pentru jocul imaginativ şi cu un limbaj mai elaborat), cei care au eşuat în a demonstra achiziţia jocului simbolic au manifestat şi comportamente de tip autist.

Observaţii similare pot fi extrase şi dintr-o serie de cercetări experimentale. De exemplu, unul din studii, realizat cu copii autişti având un nivel scăzut al dezvoltării abilităţilor, cu copii suferind de sindrom Down şi cu copii normali, a confirmat discrepanţele existente între copiii autişti şi celelalte grupe, în privinţa nivelului jocului simbolic, performanţele nefiind legate de abilitatea lingvistică; de notat este că aceste performanţe s-au îmbunătăţit în foarte mică măsură când copiii au urmărit jocul mimat de către experimentator.

O problemă care suscită interes este caracterul stadiilor timpurii ale jocului la copiii mici, autişti. Subiecţii selecţionaţi pentru un studiu efectuat de M. Sigman şi J. Ungerer (1987) aveau vârste cuprinse între 2 ani şi jumătate şi 6 ani şi au fost comparaţi cu copii non-autişti cu deficienţă mintală şi cu copii normali, situându-se la niveluri similare de funcţionare intelectuală (cu vârste mintale cuprinse între 16 luni şi 3 ani). Copiilor le-a fost prezentat un set de jucării, incluzând trei păpuşi de mărimi diferite, mobilier pentru păpuşi, un serviciu de ceai, un camion, un garaj, un telefon, o perie şi o oglindă. Experimentul a început prin efectuarea de către experimentator a unor acţiuni simbolice cu jucăriile, în timp ce copilul era aşezat pe genunchii mamei. Experimentatorul şi mama s-au plasat

apoi în colţuri opuse ale încăperii, copilului pertniţându-i-se să se joace singur cu jucăriile timp de 15 minute, comportamentul său fiind înregistrat prin intermediul unui *check-list* sistematic. In primul rând s-a pus accentul pe prezenţa şi pe frecvenţa jocului funcţional şi simbolic. Au fost notate ***patru tipuri diferite de acţiuni adecvate pentru jocul funcţional,*** *directionate către obiect* (împingerea camionului în garaj), *auto-direcţionate* (perierea părului), *directionate către păpuşă* (hrănirea cu linguriţa) şi *directionate către alţii* (ţinerea receptorului telefonic Ia urechea mamei). De asemenea, s-au înregistrat ***trei categorii de acţiuni încadrate ca joc simbolic,*** *jocul prin substituţie,* adică utilizarea unui obiect ca şi cum ar fi un altul (folosirea unei ceşti de ceai ca receptor telefonic); *jocul tip agent,* adică folosirea unei păpuşi ca agent acţionai independent; *jocul imaginar,* crearea de obiecte sau persoane fără vreo reprezentare fizică în mediul înconjurător imediat. Diversitatea jocurilor a fost măsurată prin numărul înregistrat pentru fiecare categorie.

Rezultatele obţinute au scos în evidenţă o angajare mai variată, mai frecventă a copiilor non-autişti în cele trei categorii de jocuri, decât cea a copiilor autişti, care s-au angajat în doar câteva acte de tip funcţional şi în câteva jocuri simbolice. O altă observaţie este

legată de faptul că autiştii folosesc rareori păpuşa ca agent în cadrul unui joc structurat şi direcţionează de asemenea rar jocul către alte persoane.

O întrebare care se cere a fi pusă este legată de ceea ce înseamnă de fapt jocul creativ real. Este deja evident faptul că mulţi copii autişti sunt capabili să se angajeze în unele forme de joc simbolic, cu toate că acest lucru se întâmplă mai curând în situaţii structurate, decât în situaţii de joc spontan. Ce caracteristici sunt însă distinctive pentru o formă sau alta de joc şi ce lipseşte sau este anormal în cazul autismului?

In mod sigur, întârzierea apariţiei jocului simbolic (şi probabil a celui funcţional) deţine un rol demn de luat în seamă, la fel ca şi jocul stereotip, caracteristic pentru o bună parte a copiilor autişti. Este vorba de anormalitatea marcată a jocului produs spontan, opus jocului impus. De ce oare atât de puţini copii autişti par să savureze cu adevărat jocul?

Aşa cum afirmă S. Wulff (1985), un copil autist care este lăsat singur în camera de joacă, plină cu jucării, deseori le ignoră, continuându-şi legănarea sau bătaia din palme. Acest fapt ridică

desigur probleme legate nu numai de funcţiile cognitive (simbolice, reprezentative) necesare în jocul simbolic normal, dar şi de semnificaţia pe care jocul însuşi o are pentru copilul normal. Fiecare act de simbolizare creativă conţine o atitudine de transfer afectiv către aspectul relaţionării interpersonale din care derivă. Acesta pare a nu fi cazul pentru copiii autişti, chiar şi pentru aceia dintre ei care au ajuns (oarecum) la o înţelegere a lucrurilor şi a lumii.

5.5. **Copilul autist între 6 şi 12 ani**

Pe măsură ce cresc, în viaţa copiilor autişti survine o perioadă în care se înregistrează un oarecare progres, iar semnele etapei anterioare se estompează într-o măsură mai mică sau mai mare, în funcţie de gradul severităţii tulburărilor.

Deseori, în această perioadă, se conturează, în afara obsesiilor sau a fobiilor defensive, interese reale, o anume curiozitate, o căutare a cauzalităţilor care permit o educaţie intelectuală şi culturală mai eficace, cu metode oarecum tradiţionale. Se poate crea uneori un *status quo* chiar dacă interacţiunea este asimetrică şi mai ales imatură.

Copiii autişti pot dezvolta în această perioadă ataşamente faţă de adulţii care le sunt familiari şi pot să-şi manifeste afecţiunea faţă de părinţi. In jurul vârstei de 6 ani, multe dintre tulburările sociale timpurii pot fi mai puţin evidente. Partenerul de familie începe deci să fie recunoscut în dimensiunea sa umană, adică diferit de obiectele fără viaţă. Deşi înţelegerea empatică este tot lacunară, anumite reguli sociale sunt percepute şi deduse datorită repetării experienţelor.

Se poate înţelege uşor de ce dezvoltarea socială a copilului autist depinde în măsură atât de mare de capacităţile sale intelectuale, din moment ce el va trebui să extragă regulile sociale cu ajutorul unor mecanisme care nu sunt automate şi nici reglate pe comprehensiunea emoţională.

Cu toate acestea, dificultăţile serioase de ordin social persistă. Este vorba în special de absenţa reciprocităţii şi a reactivităţii sociale adecvate, în cadrul interacţiunii cu colegii de aceeaşi vârstă. Copiii autişti se angajează foarte rar în jocuri colective şi nu leagă prietenii normale pentru această vârstă, ei preferând în continuare petrecerea timpului în lumea rutinelor lor solitare.

5.6. Autismul la adolescent

In ceea ce priveşte modificările specifice ale adolescentului, autistul prezintă o creştere în greutate şi înălţime, decalate în raport cu normalul; talia sa este, în general, mai mică, iar precocitatea sexuală absentă.

Apare însă o caracteristică dramatică a unor adolescenţi autişti: survenirea crizelor epileptice, chiar şi fără semne prealabile în acest sens. După M. Rutter (1987), aproape o treime din autiştii adolescenţi prezintă epilepsie între 11 şi 14 ani. De aceea asistenţa neurologică şi medicală este determinantă în această perioadă.

în ceea ce priveşte modificările cognitive, s-a observat faptul că autistul îşi dezvoltă în general inteligenţa într-o manieră mai lentă şi oarecum particulară. Din cele menţionate anterior, s-a văzut că autismul constituie un obstacol în calea dobândirii capacităţii de abstractizare conceptuală. Stadiul gândirii formale este rareori atins de autistul adolescent, cunoştinţele sale având valoare de absolut. Şi la această vârstă, punctul de vedere al altuia este confundat cu punctul de vedere propriu sau mai degrabă nu există.

Autistul adolescent contestă rareori valorile, din moment ce ele sunt definitive şi absolute, nu minte şi nu înţelege minciuna. Naivitatea sa este foarte marcată, iar încrederea sa totală. El este rareori solitar pentru că o doreşte, dar nu se poate integra decât destul de greu în grupuri, deoarece este incapabil să perceapă corect regulile subtile ale jocului social.

Comunicarea sa este redusă, limbajul său verbal e destul de primitiv, iar neînţelegerea schimbărilor şi desăvârşita sa candoare socială îl fac să devină un candidat al mediului protejat.

în adolescenţă, modificările socio-emoţionale suferite de autişti sunt tributare nivelului intelectual atins. Adolescentul autist pare să separe pulsiunile sale sexuale de aspectul lor relaţional. îi este foarte greu să întreţină relaţii interpersonale complexe datorită tulburărilor grave existente în domeniul empatiei şi al reciprocităţii. Apar uneori şi tulburări

ale comportamentului sexual (exhibiţionismul, masturbarea), care nu fac decât să îngreuneze adaptarea.

Adolescenţa este pentru cei mai evoluaţi şi pentru cei mai conştienţi o perioadă de depresie, de izolare, care reactivează deseori comportamentele indezirabile. Pentru cei mai puţin evoluaţi, agre-

siunile şi automutilările ce diminuaseră în cursul anilor anteriori îşi manifestă din nou prezenţa, creând dificultăţi din ce în ce mai serioase de integrare socială.

Putem afirma, în concluzie, că dacă etiologia autismului, în ciuda multiplelor ipoteze şi cercetări, rămâne încă o necunoscută, evoluţia comportamentală a autistului urmează o curbă relativ previzibilă, asupra căreia precocitatea, dar şi gradul de severitate a diagnosticului îşi pot pune amprenta. Acest prim excurs în cercetarea autismului este menit, în viziunea noastră, a ne creea premizele unei interpretări globale, ca referinţă permanentă la propriile noastre investigaţii.

5.7. Evoluţia pe termen lung a copiilor autişti şi psihotici

în domeniul evoluţiei clinice şi sociale a copiilor autişti şi psihotici, cercetările longitudinale sunt rare şi sunt realizate prin prisma unor abordări diverse. Diversitatea criteriilor nosografice are, după cum se ştie, efecte majore asupra delimitării obiectului de studiu. Lărgirea cadrului autismului, din perspectiva *DSM-III* şi a ediţiilor sale revizuite, determină pierderea din vedere a specificităţii patologiei, până la cuprinderea, sub această denumire, a totalităţii psihozelor survenite în copilăria timpurie.

în "Clasificarea franceză a tulburărilor mintale ale copilului şi adolescentului" (CFTMCA) apare, de asemenea, riscul unei lărgiri excesive a cadrului dizarmoniilor psihotice, de unde importanţa lucrărilor recente asupra patologiilor-limită (R. Mises, N. Quemada, 1993). Acestea din urmă aduc argumente în sprijinul instituirii unor graniţe mai precise, pentru susţinerea unei concepţii restrictive a categoriei psihozelor; studiul comparativ de faţă este menit să demonstreze faptul că patologiile-limită, chiar şi cele mai severe, prezintă un prognostic de ansamblu mai bun decât psihozele.

La modul general, în majoritatea cazurilor, este indispensabilă recurgerea la clasificări multiaxiale care permit luarea în considerare a diverşilor parametri clinici; de exemplu, în CFTMCA, pe lângă cotarea categoriei principale, pot fi reţinute categoriile complementare pentru aducerea unor precizări legate de elemente importante, ca de exemplu: nivelul şi natura unui eventual deficit intelectual, forma tulburărilor instrumentale, prezenţa tulburărilor de expresie somatică.

Această încadrare permite, de asemenea, demarcarea unor sinteze etiologico-clinice stabilite a priori, prin separarea demersului vizând desprinderea categoriei clinice de alte demersuri care se bazează pe inventarul factorilor anteriori sau asociaţi, eventual etiologici.

Divergenţele teoretice care influenţează o alegere în domeniul nosografiei se exprimă, în mod concret, prin câteva puncte esenţiale sau se manifestă separat între două curente:

- unul dintre acestea, bazat pe criteriile nosografice ale unui "autism lărgit", situează determinarea tulburărilor la un nivel neurobiologic;

- celălalt menţine distanţa între autism şi unele psihoze ale copilăriei care sunt concepute ca organizări de origine multifactorială, susceptibile de a fi accesibile unor mutaţii sub efectul acţiunilor curative, în majoritatea cazurilor, prin abordări multidimensionale.

în legătură cu problematica centrală a acestui studiu, criteriile de evaluare se dovedesc a fi foarte diferite, în cele două câmpuri vizate:

1) în primul, mijloacele luate în considerare, în esenţă programul TEACCH, vizează dezvoltarea unor capacităţi prezente la copil, fără a se aştepta însă modificări de fond; în consecinţă, nu există semne de întrebare legate de eventuale mutaţii structurale, de schimbări de loc în cadru! nosografiei sau de o deschidere către o reinserţie socială lărgită.

Un raport relativ recent (noiembrie 1994) al Agenţiei Naţionale pentru Dezvoltarea Evaluării Medicale din Franţa este interesant în privinţa informaţiilor pe care le oferă despre programul TEACCH. Se constată faptul că evaluările astfel realizate sunt bazate pe următoarele criterii: procentele de instituţionalizare a persoanelor autiste din Carolina de Nord, unii indicatori ai succesului (obţinerea unor distincţii onorifice, crearea unor servicii similare, acordarea asistenţei din partea guvernului), gradul de implicare al părinţilor, satisfacţia acestora, satisfacţia terapeuţilor, evoluţia, apreciată esen-ţialmente în termeni de instituţionalizare.

Rezultatele demonstrează creşterea numărului comportamentelor adecvate, ameliorarea implicării parentale, aprecierea mai curând pozitivă a părinţilor (cota 3 pe o scară de la 1 la 5); procentul de instituţionalizare rămâne acelaşi, la vârste diferite; există însă puţine

cazuri studiate pe termen lung în cadrul raportului menţionat mai sus.

2) în cel de al doilea, al abordărilor multidimensionale incluzând o perspectivă psihodinamică, se pun, din contră, întrebări, în mod special asupra mutaţiilor de toate tipurile care pot determina, pe termen lung, acţiuni coordonate, bazate pe metode educative, pedagogice şi reeducative. Atenţia acordată aspectelor psihopatologice caută

să răspundă unor întrebări esenţiale care se pun la diferite niveluri, în derularea unei terapii al cărei scop nu exclude în nici un caz luarea în considerare, teoretică şi practică, a incapacităţilor, a limitelor, a dezavantajelor pe care subiectul le poate avea şi nici componentele în cauză din mediul familial şi social.

Aceste teorii conduc actualmente la prefigurarea autismului şi a psihozelor infantile, prin trecerea în revistă în acelaşi timp a clasificării bolilor, sindroamelor şi a clasificării handicapurilor, în planul cercetărilor longitudinale; acest fapt determină luarea în considerare a interacţiunilor care se stabilesc, pe de o parte, între modificările reperabile de tip psihopatologic şi, pe de altă parte, progresele înregistrate în domeniul autonomiei şi al învăţării - cele două componente fiind menite să se susţină reciproc.

Reperele care sunt puse în valoare în cercetări sunt destul de uşor de sesizat când este vorba de urmărirea fluctuaţiilor în registrul simptomelor şi deficienţelor; dificultăţile sunt mai mari în cazul evaluării modificărilor de ordin psihopatologic. în acest sens, ar fi necesară dezvoltarea colaborării între membrii echipelor de intervenţie şi epidemiologi, astfel încât preocuparea pentru o metodologie adecvată a acestora din urmă să nu constituie un obstacol în calea criteriilor considerate fundamentale de către clinicieni. Experienţa demonstrează faptul că este posibilă susţinerea unor abordări de acest tip, care garantează valoarea ştiinţifică a cercetării; dar trebuie, de asemenea, să admitem că acest lucru implică, din partea epide-miologilor, o mai bună recunoaştere a specificităţii faptului psihopatologic. Prea adesea, aceşti parametri sunt neglijaţi. De exemplu, un studiu recent al lui E. Frombonne (1994), cu date extrem de elaborate din punct de vedere statistic, nu ţine cont de noţiunea de transformare structurală, neglijând potenţialităţile evolutive ale autismului şi ale psihozelor, care sunt totuşi reperabile în cercetare, în măsura debarasării de o concepţie fixistă.

Contrar afirmaţiilor lui E. Frombonne, ar fi însă foarte greu de trecut peste aportul monografiilor şi al studiilor efectuate cu grupuri

mici. Datorită datelor furnizate, ele permit elaborarea unor ipoteze de lucru care susţin ulterior cercetările conduse în manieră riguroasă. Mai mult, ele oferă direct rezultate concordante care se potrivesc cu cele ale cercetărilor sistematice, ca de exemplu: gradul de severitate al autismului şi al psihozelor deficitare, relativ la alte forme de psihoză; importanţa contextului familial, stabilirea unor relaţii deschise cu părinţii; precocitatea diagnosticului şi calitatea mijloacelor folosite.

Dintre studiile longitudinale asupra devenirii în adolescenţă a copiilor aflaţi în îngrijire în instituţiile psihiatrice, menţionăm studiul lui B. Bettelheim (1972), precum şi studiul lui R. Mises şi R. Perron (1993).

Acesta din urmă a fost realizat într-un centru specializat (Fondation "Vallee") asupra a două grupuri de câte 45 de copii, unul constituit din autişti şi psihotici, celălalt din copii cu "patologii ale personalităţii în afara nevrozelor şi psihozelor". Introducerea acestui

ultim grup într-o cercetare comparativă reduce riscul clasării în cadrul dizarmoniilor psihotice a unor tulburări care sunt în mod sigur grave, fără însă să fie confundate cu psihozele.

In scopul garantării unei omogenităţi în condiţiile de observaţie date, au fost reţinuţi copiii mai mari de 12 ani, fără a fi introdusă vreo altă discriminare. Acest lucru a determinat constituirea a două grupe comparabile ca vârstă şi sex (27 băieţi, 18 fete în grupul autiştilor şi psihoticilor şi 28 băieţi, 17 fete în grupul celor cu patologii ale personalităţii). Severitatea specifică a patologiilor observate a fost scoasă în evidenţă prin trecerea în revistă a mai multor parametri: diagnosticul la momentul iniţial, mediul familial, vârstele medii de depistare şi de admitere în instituţie, durata programului instituţional.

1) Diagnosticul la momentul iniţial

Extrem de interesantă s-a dovedit a fi realizarea unor comparaţii între procentele de repartiţie a sub-categoriilor în grupul studiat cu cele consemnate în cadrul unei anchete naţionale, efectuate în Franţa de către N. Quemada în 1990, asupra unui eşantion ce cuprindea 8405 subiecţi încadraţi în categoria autiştilor şi psihoticilor. In raport cu ancheta naţională, se constată o sub-reprezentare a dizarmoniilor psihotice, care constituie forme al căror prognostic este mai favorabil, o supra-reprezentare a psihozelor deficitare şi faptul că în acest subgrup, 80% apar a fi netestabili sau cu un coeficient de inteligenţă sub 50. De altfel, din grupul studiat, doar 7 copii au un Q.I. mai mare de 70. De asemenea, este de remarcat faptul că prezenţa

factorilor organici nu este suficientă pentru explicarea componentei deficitare, fiind vizaţi 39% dintre copii, procentajul factorilor organici apărând mai puţin ridicat decât în grupul cu patologii ale personalităţii (51%).

2) Mediul familial

Printre patologiile mintale (59%) observate la părinţii subiecţilor, tulburările cotate ca grave sunt psihozele sau alte perturbări datorate spitalizărilor repetate. Tulburările mintale mai puţin grave (31%) vizează în special depresiile şi patologiile-limită. In paralel, apar tulburările psihice din timpul sarcinii şi ale primelor luni de viaţă ale copiilor (64%), destrămări ale cuplurilor (48%) şi dis-funcţii majore (31%). Se consemnează şi frecvenţa morţii unuia dintre părinţi de la naşterea copilului (19%).

Tulburările mintale şi/sau perturbările psihologice astfel constatate în familiile grupului studiat sunt de trei ori mai numeroase decât în populaţia anchetei naţionale; este dovada faptului că factorii acestei serii au avut influenţă asupra copiilor din eşantion, dar în acest context, părinţii au fost absenţi sau greu de abordat, iar în marea majoritate a cazurilor, nu au jucat un rol pozitiv şi nu au colaborat cu echipa de specialişti.

3) Vârstele medii de depistare şi ale primei intrări în instituţie
în ansamblu, depistarea a fost tardivă, cifrele medii (8, 9, 17,

20 luni) sunt destul de elocvente, dar nu explică evantaiul larg în care se situează prima consultaţie care a dus la stabilirea diagnosticului; pentru mulţi dintre copii, dimensiunea psihotică a fost mult timp necunoscută, sub acoperirea unui diagnostic de retard şi deficienţă intelectuală sau instrumentală. Deseori, încercări pur educative sau de reeducare au fost efectuate izolat, înainte ca gravitatea şi complexitatea proceselor să fie recunoscute.

Reticenţa familiilor şi, uneori, cea a echipelor care s-au ocupat anterior de copii, produce întârzieri suplimentare, foarte nete în cazul autismului şi al psihozelor deficitare. Aceste elemente produc prejudicii în măsura în care caracterul precoce al acţiunilor întreprinse constituie un factor important pentru prognostic. Este esenţială o intervenţie rapidă, timpurie, înainte de instaurarea unor limitări şi distorsiuni, care sunt dificil de abordat mai târziu.

4) Durata instituţionalizării este în medie de 7-9 luni
Gravitatea formelor, depistarea lor tardivă, precaritatea moda
lităţilor de cooperare cu mediul au împiedicat recurgerea la tratamente

ambulatorii şi, pentru unii copii, chiar Ia spitalizarea de zi. In consecinţă, pentru 32 de copii din cei 45, s-a recurs la o instituţie cu program complet.

O parte importantă a rezultatelor obţinute demonstrează efectele intervenţiei instituţionale, văzute în ansamblu, dar este interesantă şi consemnarea locului ocupat de intervenţiile individualizate: psihoterapii efectuate în forme variabile şi în momentul considerat cel mai oportun (80% din cazuri), reeducări sistematizate vizând tulburările limbajului (26% din cazuri) şi ale psihomotricităţii (21% din cazuri).

Unele evoluţii se concretizează sub forma unei patologii persistente în adolescenţă, având însă o gravitate minimă. Astfel, 3 cazuri de autism din 6 devin patologii ale personalităţii, 12 psihoze deficitare din 24 devin deficienţe dizarmonice, progresând în planul eficienţei. Dintre cele 11 dizarmonii psihotice, 8 devin patologii-limită, 2 ajung la un mod de organizare de tip nevrotic, doar un caz rămânând în cadrul iniţial (R. Mises, R. Perron).

5) Evoluţia în adolescenţă

a) Evoluţia diagnosticului

în ansamblu, doar din punct de vedere diagnostic 26 de copii din 45 (58%) depăşesc în adolescenţă cadrul autismului şi al psihozelor, iar pentru subiecţii care se menţin în cadrul iniţial, se observă deseori transformări importante.

Comparativ, în grupul patologiilor personalităţii, 28 din 45 copii au prezentat evoluţii pozitive şi mai diversificate decât cele ale autiştilor şi ale psihoticilor, 17 dintre ei, ajunşi la adolescenţă, menţinându-se în acelaşi cadru nosografic, chiar dacă majoritatea au evoluat în sens pozitiv.

b) Limbajul oral

Evoluţia în acest domeniu contrazice, în mod global, opinia, prea des afirmată, a unei absenţe ireversibile a limbajului, când aceasta se observă la subiecţii autişti şi psihotici care au depăşit vârsta de 5 ani. în realitate, doar la 12% dintre subiecţi limbajul nu a apărut şi 14% nu au reuşit dobândirea unei construcţii sintactice. Cu toate acestea, achiziţiile apar deseori modeste: aproximativ jumătate dintre subiecţi nu dispun de un stoc semantic suficient de elaborat, vocabularul lor este sărac şi aflat la un nivel concret, diferenţa fiind marcată faţă de grupul patologiilor personalităţii.

în ciuda unor elemente persistente care confirmă fragilitatea

cunoscută a registrului lingvistic şi disfuncţiile în domeniul simbolic în cadrul autismului şi al psihozelor copilului, se poate reţine faptul că jumătate din adolescenţi pot să se bazeze pe o sintaxă corectă, acest lucru fiind important pentru progresele realizate în domeniul autonomiei şi reintegrării sociale.

c) învăţarea şcolară

Este extrem de dificilă codificarea achiziţiilor în domeniul învăţării şi stabilirea unei ierarhii între acestea, deoarece variaţiile individuale sunt considerabile, de la un subiect la altul şi în plus, progresul se manifestă în funcţie de modalităţi profund dizarmonice. Cu toate acestea, unele date legate de învăţarea lecturii permit o prezentare sintetică.

In momentul intrării în instituţie, 86% din copii nu erau nici şcolarizaţi, nici şcolarizabili; doar 11% erau capabili de o citire curentă sau cvasi-curentă şi 3%, de o lectură ezitantă.

în momentul bilanţului efectuat la termenul şcolarizării, pot fi distinse trei sub-grupe:

- pentru 27% din adolescenţi, lectura este curentă sau aproape curentă, deşi uneori sensul textului poate să nu fie stăpânit pe deplin;

- pentru 21% dintre adolescenţi, lectura este de asemenea achiziţionată, dar este ezitantă şi lentă;

- pentru restul grupului (52%), mai mult de jumătate reuşesc sinteza silabelor şi descifrarea cuvintelor simple izolate; deşi sunt modeste, aceste achiziţii sunt foarte utile pentru adaptarea socială.

Rezultatele cotate ca insuficiente sunt, cel mai adesea, corelate cu tulburări persistente ale limbajului oral şi cu o atingere durabilă a funcţiilor cognitive, deficitul intelectual determină prin el însuşi o limitare a învăţării.

d) Eficienţa intelectuală evaluată prin intermediul testelor
Eficienţa intelectuală a fost evaluată periodic prin intermediul

a două tipuri de probe: WISC-R şi Scalele de Eficienţă Intelectuală, folosite de preferinţă la niveluri foarte joase. Aceste examinări sunt deseori foarte dificile, datorită tulburărilor grave de care aceşti copii sunt afectaţi, fiind vehiculată deseori ideea netestabilităţii lor. Chiar dacă examinarea pare posibilă, dificultăţile de adaptare la situaţia testului sunt destul de mari, încât rezultatele nu ar putea fi apreciate în termeni de capacităţi sau incapacităţi cognitive. Tulburările procesului

de gândire, în special simbolizarea, sunt în general scoase în evidenţă printr-o analiză care depăşeşte simpla determinare a unei vârste mintale sau a unui coeficient de inteligenţă. Fiecare caz ridică o problemă particulară în care structura şi evoluţia funcţiilor cognitive trebuie să fie analizată în cadrul dinamicii proprii a subiectului; se poate afirma că, dacă 12 din cei 45 copii autişti sau psihotici (26%) au rămas netestabili pe toată durata instituţionalizării, ceilalţi şi-au ameliorat funcţionarea intelectuală, cum este cazul a 6 copii care au fost la început netestabili, evoluând apoi până la un coeficient de inteligenţă mediu de 50. Distanţa este deci mare faţă de teoria deteriorării progresive, chiar dacă restrângerea eficienţei reprezintă încă un risc major, în special pentru subiecţii care au fost supuşi de la început exigenţelor cerute de dezvoltarea funcţiilor cognitive. în acest sens, se pot distinge trei subgrupuri:

1) subgrupul A (38%), format din subiecţi care au progresat vizibil, cu o creştere a coeficientului de inteligenţă, în medie, de la test la retest: vârsta mintală creşte de la 7 ani la 11 ani şi 2 luni, pentru o creştere a vârstei cronologice de la 10 ani şi 5 luni, la 14-ani şi 2 luni;

2) subgrupul B (38%), în care coeficientul de inteligenţă rămâne stabil, ceea ce corespunde totuşi unei creşteri considerabile a capacităţilor cognitive: în medie, vârsta mintală creşte de la 4 ani şi 8 luni, la 6 ani şi 11 luni, în timp ce vârsta cronologică creşte de la 9 ani la 13 ani şi 9 luni;

3) sub-grupul C (24%), în care progresele sunt foarte modeste, vârsta mintală crescând de la 5 ani şi 4 luni, la 6 ani şi 6 luni, în timp ce vârsta cronologică creşte de la 9 ani la 13 ani şi 4 luni.

Comparativ, rezultatele corespunzătoare în cazul tulburărilor grave ale personalităţii demonstrează o ameliorare netă, din moment ce 60% dintre copii tind să ajungă la valorile normale, în timp ce în celelalte subgrupuri, progresele, deşi mai limitate, sunt totuşi apreciabile.

e) Autonomia

In aria cercetărilor efectuate asupra diferitelor deficienţe, în patologia mintală a copilului şi adolescentului, au fost reţinute trei niveluri:

- capacitatea de a se comporta normal, în conformitate cu vârsta, la desfăşurarea unor activităţi uzuale (îmbrăcare, toaletă, masă);

- incapacitatea moderată, permiţând o participare la aceste

activităţi cu un sprijin ocazional sau parţial al anturajului;

- incapacitatea completă, impunând recurgerea la asistenţă permanentă.

Pentru grupurile luate în studiu s-au înregistrat progrese remarcabile faţă de momentul intrării subiecţilor în instituţie, în sensul unei creşteri semnificative a autonomiei în cele trei sectoare ale activităţii considerate (îmbrăcare, toaletă, masă).

Progrese demne de remarcat au fost realizate şi în îndeplinirea unor roluri sociale: 56% dintre adolescenţi sunt capabili să iasă singuri; 48% utilizează fără ajutor un mijloc de transport în comun şi 50% frecventează singuri magazinele, fac cumpărături, manevrând banii în mod corespunzător.

Toate aceste aspecte pozitive susţin tentativele de reinserţie socială, ameliorând considerabil calitatea vieţii atât pentru subiectul însuşi, cât şi pentru anturajul său. In plus, în cadrul abordării curative folosite, capacităţile achiziţionate nu sunt legate de condiţionări care le-ar reduce utilizarea în condiţii predeterminate, ci, din contră, acestea pot fi transpuse în configuraţii sociale diverse.

Urmărindu-se situaţia grupurilor la sfârşitul adolescenţei, se poate face o trecere în revistă în funcţie de patologia prezentată: în cazul celor şase autişti, trei au înregistrat progrese evidente, cu reducerea izolării, utilizarea unui limbaj cu valoare comunicativă, ameliorarea accesului la relaţii adaptate cu persoanele din anturaj. Cu toate acestea, persistă elemente de bizarerie, susţinute de recurgerea la strategiile autistice reziduale; doi subiecţi au reuşit să ajungă la ciclul secundar. Pentru aceştia trei inserţia profesională în mediu protejat nu ridică dificultăţi majore, iar din punct de vedere nosografic, ei sunt incluşi în cadrul "patologiilor personalităţii". Ceilalţi trei, cu o patologie foarte gravă, sunt plasaţi într-un centru specializat; unul a reuşit să depăşească problema izolării, fără a achiziţiona însă limbajul verbal, caută să comunice non-verbal, este interesat de unele activităţi; ceilalţi doi sunt fixaţi la nivelul unei patologii grave post-autistice, cu dominantă deficitară.

în cazul psihozelor deficitare, la intrarea în instituţie, copiii prezentau o reducere masivă a autonomiei, cu absenţa limbajului, necesitând asistenţă în toate domeniile. La terminarea programului instituţional, cu excepţia a doi dintre subiecţi, toţi au dobândit un limbaj cu valoare comunicaţională, chiar dacă vocabularul rămâne sărac, concret şi sintaxa este uneori rudimentară; 16 subiecţi sunt pe

deplin autonomi pentru activităţile uzuale. La o analiză mai amănunţită, se constată că 13 ajung să lucreze în mediu protejat, în această categorie situându-se subiecţii incluşi în clasa deficienţelor .dizarmonice, care au înregistrat un progres în planul eficienţei (pentru cinci dintre ei, iniţial netestabili, coeficientul de inteligenţă este între 54 şi 62); dimensiunea dizarmonică se exprimă prin imaturitate, dependenţă. Doi adolescenţi sunt fixaţi într-o patologie majoră de tipul deficitului post-psihotic. In poziţie intermediară, la 9 adolescenţi perturbările cele mai spectaculoase s-au atenuat, dar persistă trăsături discordante şi defecte episodice de control; aceştia reuşesc efectuarea unor activităţi ocupaţionale în cadru protejat.

In cazul dizarmoniilor psihotice, doi subiecţi se află într-un proces evolutiv care impune continuarea tratamentului în mediu psihiatric pentru adulţi tineri. Nouă dintre ei, eliberaţi din cadrul psihozelor, au evoluat în două modalităţi: doi au început, de timpuriu, un proces de reintegrare cu dominanţă nevrotică şi cu prognostic foarte bun, reinseraţi fiind iniţial în clasă normală, iar apoi trecând la o activitate profesională în mediu normal; şapte prezintă indici de nevrozare, părând însă situaţi la nivelul stărilor limită, în ciuda capacităţilor adaptative prezente şi a reducerii simptomelor mai îngrijorătoare; în cadrul acestui subgrup, patru adolescenţi s-au încadrat în regim de lucru normal.

Dintre cei patru schizofreni, unul este stabilizat într-un tablou clinic de tip stare limită, ceilalţi trei ridică probleme apropiate de cele ale schizofreniei adultului tânăr, fiind urmăriţi de echipe psihiatrice.

în cursul acestei cercetări, atenţia a fost centrată asupra unor aspecte de ordin psihopatologic pentru grupurile luate în studiu. Dacă anumite potenţialităţi se exprimă progresiv, dacă altele sunt puse direct în slujba mişcării de reintegrare, unele rămân neexploatate în viitorul imediat: ele sunt, întrucâtva, lăsate în latenţă, putând fi experimentate ulterior, în momentul în care condiţiile o vor permite.

In pofida gravităţii extreme a formelor incluse în studiu şi a debutului tardiv al acţiunilor multidimensionale, 58% dintre subiecţi reuşesc să îndeplinească o activitate profesională. Se poate spera, pentru unii adolescenţi, că această inserţie în mediu protejat constituie doar o treaptă pe calea reintegrării sociale la un nivel mai ridicat.

De asemenea, pentru cei 11 % cuprinşi încă într-un proces evolutiv, justificând aplicarea măsurilor cu dominantă terapeutică,

perspectiva rămâne deschisă spre o ameliorare, care ar permite o inserţie ulterioară.

Faptele expuse, demonstrând diversitatea devenirii în adolescenţă, scot în evidenţă şi mutaţiile pozitive, observate în majoritatea cazurilor în cursul evoluţiei autismului şi psihozelor infantile, sub influenţa acţiunilor multidimensionale de diferite orientări.

6. METODE EVALUATIVE FOLOSITE ÎN AUTISM

6.1. Evaluarea în autism - o necesitate

Examenul psihologic al copilului autist constituie un demers ale cărui aspecte practice, tehnice şi clinice au un statut specific. Astfel, evaluarea capacităţilor cognitive şi sociale, precum şi evaluarea comportamentului sunt indispensabile pentru precizarea diagnosticului şi pentru prefigurarea indicaţiilor terapeutice.

Tulburările de comportament ale copilului autist fac uneori extrem de dificilă utilizarea metodelor de examinare standardizată. Se pare însă că această problemă priveşte mai puţin copilul şi patologia sa, cât mai degrabă investigaţia clinică şi instrumentele de evaluare utilizate. Evaluarea trebuie să ţină seama de antecedentele copilului, examinatorul practicând cel mai adesea o metodologie multiplă de cercetare a cazului.

în domeniul tulburărilor de comportament şi de dezvoltare, demersul complementar de evaluare clinică (constituit în sisteme) a fost resimţit în mod progresiv ca o necesitate. Aceste sisteme nu se substituie examenului clinic, ci îl susţin. Ele permit transcrierea în câteva cuvinte a observaţiei cotidiene şi facilitează astfel dialogul între diferitele persoane implicate. Diversele sisteme puse la punct permit măsurarea comportamentelor şi a funcţiilor, aşa cum alte evaluări clinice implică o cuantificare a datelor observaţiei medicale ca pulsul, temperatura şi tensiunea arterială.

Sistemele evaluării clinice (scale, chestionare) au ca punct de plecare listele simptomelor comportamentale, cărora le sunt aplicate elemente de măsură, permiţând aprecierea diverselor grade de intensitate sau de frecvenţă. Aceste sisteme sunt descriptive: ele nu fac trimitere, a priori, la o cauză sau la un mecanism patologic subiacent. Ele sunt înainte de toate destinate supravegherii efectelor terapeutice.

Primul nivel de observaţie: evaluarea comportamentelor Plecând de la această evaluare, va fi posibilă

1. definirea sectoarelor comportamentale, în care manifestările
sunt în mod special inadaptate şi

2. urmărirea evoluţiei notelor comportamentale în cursul terapiei.

Al doilea nivel al observaţiei: evaluarea funcţională Această metodă provine din concepţia neurofiziologică asupra autismului. Evaluarea comportamentelor, a dezvoltării şi a funcţionalităţii copiilor autişti cu ajutorul scalelor şi al testelor adecvate este indispensabilă pentru precizarea diagnosticului, pentru determinarea severităţii tulburărilor şi elaborarea proiectului terapeutic individualizat.

Recent, diversele clasificări ale tulburărilor de dezvoltare, studiile clinice şi lucrările de neurofiziologie, care studiază, plecând de la reacţiile electrofiziologice ale creierului la stimulările senzoriale, sistemele ce reglează adaptarea individului la mediu, au arătat un deosebit interes pentru explorarea electivă a funcţiilor neurofiziologice implicate în autism. Analiza detaliată a datelor semiologice rezultate din aceste cercetări au incitat diverşi autori să optimizeze metoda de observaţie a tulburărilor prezentate de copiii autişti.

6.2. Evaluarea dezvoltării mintale şi globale la copiii autişti

In ceea ce priveşte evaluarea psihologică a tulburărilor mintale în cadrul autismului, ea presupune, la rândul ei, posibilitatea unor abordări diferite, dintre care le amintim pe cea psihometrică şi pe cea clinico-experimentală, ca fiind cele mai importante.

Examinarea unui copil autist necesită respectarea unor reguli elementare. înainte de a propune probele din cadrul testelor, este de dorit realizarea familiarizării copilului cu locul şi cu examinatorul. Chiar şi în aceste condiţii, copilul poate să manifeste îngrijorare şi instabilitate în timpul şedinţei. De aceea, clinicianul trebuie să dea dovadă de multă răbdare, ingeniozitate şi perseverenţă pentru a-i permite copilului să se destindă, să nu alunece în stereotipii şi pentru a-i facilita motivaţia. De asemenea, sala în care se desfăşoară examinarea trebuie să fie silenţioasă, cu decoraţii discrete şi bine

luminată. Activităţile sunt propuse ţinând cont de interesul şi atenţia copilului.

Dacă interpretarea rezultatelor se bazează pe ansamblul reuşitelor la diverse probe, un succes neaşteptat la unul din itemii testului nu trebuie ignorat de către clinician. Acesta poate fi dovada unei funcţionări cognitive speciale şi determinându-l pe psiholog să emită ipoteze legate de unele "potenţialităţi" ale copilului.

6.2.1 Abordarea psihometrică

Testele psihometrice furnizează date cantitative legate de funcţiile psihice, în ceea ce priveşte inteligenţa, exprimate în coeficientul de inteligenţă Q.I. Dar valoarea acestuia, luată ca atare, are o utilizare limitată. De fapt, pentru posibilitatea elaborării unui proiect

educativ şi terapeutic adecvat, datele calitative obţinute la diferite subteste constituie o bază extrem de utilă.

6.2.2. Abordarea clinico-experimentală

Metoda clinică, invocată printre alţii de J. Piaget, permite, cu ajutorul diverselor sarcini cognitive şi sociale, punerea în evidenţă a diferitelor strategii de rezolvare a problemelor, a modurilor şi mijloacelor de comunicare utilizate de copil.

Obiectivul principal este notarea nivelului optimal de reuşită şi a modului în care copilul rezolvă singur problema itemului, adică "nivelul dezvoltării actuale". Totuşi, dacă subiectul nu reuşeşte să găsească singur soluţia problemei, o altă procedură de evaluare constă în a-l ajuta, a-l asista, arătându-i comportamentele care permit înţelegerea sarcinii. Dacă, după acest demers, copilul reuşeşte, nivelul corespunzător de înţelegere este numit "nivel de dezvoltare potenţial". Distanţa dintre cele două niveluri corespunde "zonei proximei dezvoltări" sau "potenţialului de învăţare"; este vorba de un spaţiu individual de progres, în care sunt aşteptate o serie de achiziţii din partea copilului.

Tehnicile de evaluare psihologică presupun punerea în lumină a elementelor care caracterizează comportamentul, dezvoltarea şi funcţionarea copilului autist şi vizează realizarea unui portret individual al acestuia.

6.2.3. Evaluarea dezvoltării psihice, cuprinzând atât dez
voltarea psihomotorie cât şi cea cognitivă, se realizează prin inter-

mediul unor teste clasice de evaluare a dezvoltării globale, care pot fi utilizate, în unele cazuri şi pentru copii autişti: Scala Brunet-Lezine, Scala de aptitudini McCarthy, Scala de dezvoltare cognitivă Chevrie-Muller, Scalele de dezvoltare Griffiths, la care se adaugă scale având o specificitate mai mare pentru domeniul autismului.

Aceste din urmă evaluări specifice sunt efectuate cu ajutorul testelor sau scalelor care ţin seama de particularităţile tulburărilor din autism şi explorează anumite sectoare ale dezvoltării psihice, alterate cu precădere la copilul autist.

1) *Cogniţia senzorio-motrică*

Scala lui Uzgiris-Hunt *(IPDS: Infant Psychological Development Scale)* este o probă de tip piagetian având ca punct de plecare descrierea conduitelor copilului autist în vârstă de 0 până la 24 de luni. Este compusă din itemi ierarhizaţi pe o scală de vârstă şi de stadii, grupaţi în 6 rubrici, fiecare dintre acestea corespunzând unei activităţi cognitive specifice: permanenţa obiectului; relaţii spaţiale; mijloace-scopuri; imitaţie; cauzalitate operaţională; scheme. Nivelul dezvoltării atins de copil este exprimat sub formă de vârstă

ADA *{Age de developpement approximatif)* sau sub formă de stadii de inteligenţă senzorio-motrică (I-IV), în funcţie de metoda clinică aleasă de examinator.

2) *Comunicarea*

Scala de dezvoltare a comunicării Seibert-Hogan sau *ESCS {Early Social Communication Scale),* construită de asemenea după modelul piagetian, acoperă perioada 0-30 de luni, explorând dezvoltarea comunicării copilului prin analizarea a trei tipuri de activităţi: interacţiune socială, atenţia concomitentă, ajustarea comportamentului. Fiecare dintre aceste activităţi este studiată prin trei manifestări sau moduri (răspuns, angajare, menţinere), pentru primele două, şi prin două (răspuns, angajare) pentru a treia. Activităţile sunt caracterizate prin itemi ierarhizaţi pe 5 niveluri, discriminate şi ordonate semnificativ. Aceste niveluri corespund stadiilor piagetiene:

- nivelul 0 = stadiul I (0-2 luni)
- nivelul 1 = stadiile II şi III (2-7 luni)
- nivelul 2 = stadiul IV (9-l2 luni)
- nivelul 3 = stadiul V (12-l8 luni)
- nivelul 4 = stadiul VI (20-30 luni)

3) *Cogniţia şi limbajul*

Pentru completarea evaluării dezvoltării verbale furnizate de scalele de dezvoltare globală, este uneori necesară folosirea unor instrumente cu specificitate crescută. Testele de vocabular în imagini Lege şi Dagne, Deltour şi Hupkens şi ale lui Boehm investighează cu ajutorul unui set de imagini sau desene cunoştinţele lexicale şi capacităţile de expresie şi comprehensiune verbală ale copilului.

Evaluarea noţiunii de număr, a capacităţilor de organizare spaţială şi temporală, a dezvoltării sociale şi a motricitatii se realizează cu ajutorul unor instrumente clinice adecvate elaborate de G. Lelord şi D. Sauvage.

6.2.4. Studiul dezvoltării funcţiilor cognitivo-sociale

Studiul prevede o baterie de teste constituite din 16 rubrici, corespunzând cogniţiei senzorio-motrice (7 subteste) şi cogniţiei socio-emoţionale (9 subteste).

" Fiecare subtest este compus din itemi ierarhizaţi în stadii de dezvoltare cognitivă, conform teoriei piagetiene, iar principalele funcţii studiate vizează elementele cheie de evaluare.

• *Cogniţie:* probele sunt extrase din Scala *IPDS* şi din Testul lui Lowe şi *Costello-Symbolic Play Test,* care explorează dezvoltarea capacităţilor de utilizare funcţională şi simbolică a obiectelor între l-3 ani.

■ *Prelimbaj:* itemii sunt împrumutaţi din testele de dezvoltare tradiţionale (Brunet-Lezine, Griffiths) şi din probele clinice axate pe modelul piagetian (Mahoney).

• *Comunicare:* evaluarea se realizează cu ajutorul unor itemi selecţionaţi din Scala de comunicare Seibert-Hogan.

■ *Relaţie:* probele din domeniul relaţiei afective sunt cele ale Scalei Gonin-Decarie şi ale Scalei calităţii ataşamentului (Ainsworth).

• *Emoţie:* probele sunt extrase din scalele de dezvoltare socio-emoţională Lewis şi Michalson.

Cotarea permite obţinerea unui scor mediu în cele două sectoare ale dezvoltării psihice: cogniţie practică, cogniţie socio-emoţională şi un scor pentru fiecare din funcţiile şi domeniile evaluate. Profilul cognitivo-social al copilului este determinat prin relaţionarea diferitelor niveluri de reuşită.

6.2.5. Studiul funcţionării cognitive

într-una din lucrările sale, Adrien (1988) examinează procedurile de funcţionare ale schemelor mintale ale copiilor autişti: secvenţele de acţiune sunt frecvent incomplete şi atipice, apar şi se succed într-o manieră incoerentă şi variabilă - ele par să ateste o tulburare a disponibilităţii schemei, prezentă, dar slab funcţională. Observaţiile comportamentale au fost confruntate cu studiile electro-fiziologice legate de potenţialele corticale evocate: instabilitatea şi varietatea răspunsurilor comportamentale şi corticale sunt dovada existenţei unei tulburări bazale a reglării activităţii autistului.

Pentru a adânci problema descrierii acestui fenomen neuro-cognitiv a fost pusă la punct o scală de evaluare compusă din 15 itemi. Cinci tipuri de anomalii au fost observate în cei trei timpi ai activităţii copilului - debut, derulare, final. Ele sunt: lentoarea, ruptura, variabilitatea, perseverarea şi desincronizarea. Fiecare item constituit prin asocierea fiecărei anomalii cu cei trei timpi ai activităţii este cotat de la 0 la 4, în funcţie de intensitatea comportamentului. Această evaluare permite obţinerea unui scor global, pentru ansamblul scalei, şi a unor scoruri parţiale pentru cele cinci rubrici. Datele obţinute, adăugate la evaluările comportamentului şi dezvoltării, permit aprecierea mobilităţii, disponibilităţii şi stabilităţii activităţilor cognitive ale copilului.

Prezentăm mai jos scala de reglare a activităţii.

Scala de reglare a activităţii copilului

1. Rămâne blocat şi mirat în faţa unor probleme uşor de rezolvat.

2. Este influenţat de mediul anterior în elaborarea schemelor prezente.

3. Răspunde lent solicitărilor.

4. Este variabil în . ceea ce priveşte aplicarea schemelor prezente.

5. Utilizează conduite sau moduri de a gândi elementare.

6. îşi întrerupe brusc demersul acţiunii sau al gândului în cursul executării unei sarcini.

7. Persevereză pe o schemă de acţiune sau mintală în cursul executării unei sarcini.

8. Este lent în căutarea soluţiei.

9. Oscilează între conduite de niveluri cognitive diferite.

10. Disociază modalităţile de acţiune şi de gândire.

11. Abandonează activitatea începută în ciuda capacităţilor prezente.

12. îşi modifică dificil schemele pentru încheierea activităţii.

13. Nu reuşeşte să termine executarea sarcinii (sau aceasta îi ia mult timp).

14. Nu-şi menţine constante schemele permiţând rezolvarea problemei.

15. Rezolvă problema în manieră elementară, focalizându-se asupra unei părţi a sarcinii.

6.3. Scale de evaluare utilizate în autismul infantil

Aşa cum s-a putut observa din cele de mai sus, scalele de evaluare sunt destinate înregistrării comportamentului unui subiect aflat într-o situaţie concretă, reală, în manieră obiectivă, precisă. Comparativ cu testele, ele nu necesită participarea subiectului examinat, ci intervenţia unui observator competent şi experimentat, care poate, de altfel, utiliza o terţă persoană.

Scalele de evaluare permit măsurarea intensităţii unor comportamente sau simptome la un anumit moment. Nu este vorba de simple chestionare, ci de procedee destinate înregistrării şi cuantificării informaţiei clinice obţinute despre un subiect, constituite pe baza unor simptome obiective. Simptomul înregistrat pe o scală poate fi definit ca: "orice fenomen anormal în comportamentul, atitudinea sau ideile subiectului". Acest fenomen observabil poate fi cuantificat de la "0 la un maximum" sau de la "absent la foarte important".

Aceste instrumente se prezintă sub formă de chestionare, liste de simptome care trebuie scoase în evidenţă *(check-list),* inventare, scale de apreciere sau de evaluare. Ele trebuie diferenţiate de testele psihologice de eficienţă sau de personalitate care presupun existenţa unui material şi a unor probe standardizate şi de scalele de diagnostic destinate includerii unui subiect într-o categorie nosologică.

Se disting trei tipuri de scale de evaluare:

1) *Scalele de autoevaluare,* care sunt administrate subiectului

însuşi, sub forma unui chestionar care urmează a fi completat

sau a unor fişe de clasat. Este astfel evitată intervenţia unui intermediar. Folosirea acestora este limitată la subiecţii cooperanţi, care înţeleg termenii utilizaţi. La copii, aceste scale pot fi folosite doar începând de la 8-9 ani.

2) *Scalele de evaluare cu evaluator extern,* în care notele sunt atribuite în cursul sau în urma unui examen psihiatric clasic. Examinatorul ţine cont de informaţiile primite din partea părinţilor sau a anturajului şi de comportamentul manifest al subiectului. Acestea se pot obţine şi sub forma unor interviuri standardizate cu părinţii.

3) *Scalele de comportament,* care sunt completate după observarea prelungită a comportamentului subiectului în diverse situaţii apărute spontan sau provocate.

Prezentăm în continuare câteva dintre scalele utilizate pentru evaluarea diferitelor aspecte ale personalităţii copiilor autişti.

6.3.1. Chestionarul diagnostic E2 Rimland

Prima versiune a acestui chestionar datează din 1964 şi constă dintr-o serie de 76 întrebări cu răspunsuri la alegere, răspunsuri date de către părinţi sau de persoanele care îi îngrijesc pe copii. In urma unor studii de validare, s-a ajuns la forma E2, care se referă în principal la antecedentele şi anomaliile în dezvoltare, survenite înainte de 6 ani. Această formă cuprinde 79 întrebări. A fost concepută o grilă pe care se notează apariţia punctelor pozitive, corespunzătoare semnelor caracteristice autismului, şi a celor negative, corespunzătoare răspunsurilor care denotă o patologie non-autistică.

Scorul final este obţinut prin suma algebrică a scorurilor parţiale. După opinia lui Rimland, scorurile mai mari de 20 sunt argumente în favoarea includerii copiilor în categoria celor ce prezintă tulburarea autistă clasică, tip Kanner.

Adaptarea franceză a chestionarului E2 are în vedere reformularea unor itemi; ea cuprinde tot 79 întrebări, dintre care 41 vizează sindromul comportamental (motricitatea spontană, imitaţia, tulburările perceptive, izolarea afectivă) şi 17 vizează limbajul.

Acest chestionar permite culegerea a numeroase informaţii asupra comportamentului copilului, informaţii care vor fi utile pentru precizarea originii, a condiţiilor de apariţie şi a naturii tulburărilor observate. în cazul în care răspunsul la anumite întrebări este dificil,

se poate da şi un răspuns în altă manieră; se încercuieşte numărul întrebării şi se trece la rubrica din ultima pagină a chestionarului, "Comentarii personale". întrebările care sunt considerate de mare importanţă sunt precedate de un semn (*). 1 ."'Vârsta actuală a copilului:

1. Sub 3 ani
2. Intre 3-4 ani
3. Intre 4-5 ani
4. între 5-6 ani
5. Peste 6 ani (vârsta:..... ani)

2.*Indicaţi sexul copilului:

1. Băiat
2. Fată

3.*Locul ocupat între fraţi şi numărul de copii:

1. Este copil unic

2. Este primul din..... copii

3. Este ultimul din ... copii

4. Intermediar: copii mai mari

..... copii mai mici

5. Este un copil adoptat..... sau nu există elemente

ÎN TIMPUL PRIMILOR DOI ANI DE VIAŢĂ 4.*Sarcina şi naşterea au fost normale?

1. Sarcină şi naştere normală

2. Dificultăţi în timpul sarcinii şi al naşterii

3. Sarcină dificilă, naştere normală

4. Sarcină normală, naştere dificilă

5. Nu ştiu
5.*Naşterea a fost prematură?

1. Da. Durata sarcinii ... luni, greutate la naştere ... kg

2. Nu. Greutate la naştere..... kg

3. Nu ştiu

6. A primit oxigen în prima săptămână?

l.Da

2. Nu

3. Nu ştiu

7. Aspectul copilului în primele săptămâni de după naştere:

1. Palid, aspect fragil

2. Viguros şi sănătos

3. Aspect normal..... Nu ştiu..... Alte observaţii .

8. Condiţii neobişnuite la naştere şi în timpul primei perioade:

(nu se răspunde decât la o întrebare)

1. Condiţii anormale. Se specifică:

Cecitate .... Paralizie..... Traumatisme..... Convulsie

Hipoxie..... Febră mare..... Icter..... Altele.....

2. Gemeni.....

3. Răspuns afirmativ la întrebările 1, 2 simultan

4. Condiţii normale sau nu ştiu

9. Sănătatea copilului în primele luni:

1. Sănătate excelentă, fără probleme

2. Respiraţie (infecţii frecvente..... , altele.....)

3. Piele (erupţii..... , alergii..... , altele.....)

4. Alimentaţie (dificultăţi de supt.., colici .., vomă ..)

5. Tulburări intestinale (diaree, constipaţie, altele ..)

10. Copilului i s-a făcut o electroencefalogramă (EEG) ?

1. Da, traseu normal

2. Da, traseu la limita normalului

3. Da, traseu anormal

4. Nu, nu ştiu sau nu cunosc rezultatul

11. în timpul primului an, copilul reacţiona la lumină puternică? La culori vii? La sunete neobişnuite?

1. Reacţie puternică (plăcere..... , neplăcere.....)

2. Reacţie foarte slabă

3. Reacţie normală..... sau nu ştiu

12. Copilul s-a comportat normal înaintea apariţiei tulburărilor comportamenta le ?

1. Comportamentul nu a fost niciodată normal

2. Comportament normal în primele 6 luni

3. Comportament normal în primul an

4. Comportament normal în primele 18 luni

5. Comportament normal în primii doi ani

6. Comportament normal în primii trei ani

7. Comportament normal până Ia 4-5 ani

13. De la 4 la 8 luni copilul întindea braţele către mamă sau îşi manifesta dorinţa de a fi luat în braţe când mama se apleca spre el?

1. Da, se pare că da

2. Nu, nu cred

3. Nu, sigur nu

4. Nu ştiu

14. Când era sugar se legăna în pătuţ?

1. Da, foarte des

2. Da, uneori

3. Nu sau foarte puţin

4. Nu ştiu

15. La ce vârstă a învăţat să meargă singur?

1. Intre 8 şi 12 luni

2. Intre 12 şi 15 luni

3. între 16 şi 18 luni

4. între 19 şi 24 luni

5. Intre 24 şi 36 luni

6. La 3 ani sau mai târziu ...., nu merge singur.....

16. Cum descrieţi trecerea de la mersul de-a buşilea la mersul biped?

1. Trecere normală

2. S-a târât puţin şi apoi a mers

3. S-a târât foarte puţin şi a mers brusc

4. S-a târât mult timp, apoi a mers brusc

5. S-a târât mult timp, mergând progresiv

6. Alte răspunsuri, sau nu ştiu

17.*Din primul an, părea deosebit de inteligent?

1. Părea mai inteligent decât media

2. Inteligenţă medie

3. Copilul părea puţin lent

18.*In primii doi ani, îi plăcea să fie ridicat?

1. îi plăcea să fie ridicat şi purtat

2. Rămânea inert şi pasiv când era ridicat

3. Nu putea fi ridicat decât în momentul şi în modul în care îi plăcea

4. Rigid şi dificil de ridicat

5. Nu ştiu

COPILUL ARE 2 SAU 3 ANI 19,*Copilul a imitat alte persoane?

1. Da, făcea "tai-tai" cu mâna

2. Se juca de-a marionetele, bătea din palme

3. Da, alte exemple.....

150_____ Cristlna Mureşan

4. Nu, sau nu ştiu 20.*A dat dovadă de o memorie bună?

1. Memorie remarcabilă pentru cuvintele unor cântece, poezii, publicitate la TV

2. Memorie muzicală

3. Memoria numelor, locurilor, traseelor

4. Nu a dat dovadă de o memorie specială

5. Memorie destul de precară

6. Răspuns afirmativ la 1 şi 3

7. Răspuns afirmativ la 2 şi 3

21.*V-aţi pus problema unei eventuale surdităţi a copilului?

l.Da

2. Nu 22.*Copilul pare surd la anumite sunete şi la altele nu?

1. Pare surd la sunete puternice şi nu la sunete slabe

2. Nu, nu am remarcat asta
23.*îşi ţine mâinile într-o poziţie bizară?

1. Da, uneori sau deseori

2. Nu

24.*Se concentrează timp îndelungat asupra unor activităţi ritmice sau de balansare?

1. Da, acest lucru îi este caracteristic

2. Rareori

3. Nu

25.*Creează impresia că nu ar percepe prezenţa altor persoane?

1. Da, deseori

2. Da, aşa cred

3. Nu

26.*Manifestă dorinţe imperioase de a mânca sau de a suge unele lucruri?

1. Da, pentru sare şi pentru tot ce e sărat

2. Da, suge deseori obiecte metalice

3. Da, altele:.....

4. Nu, nu ştiu sigur

27.*Are tabieturi alimentare bizare: refuză să bea din recipiente transparente, nu mănâncă decât alimente calde sau reci, unul sau două tipuri de alimente? 1. Da, sigur

2. Nu, sau nu în manieră exagerată

3. Nu ştiu

28.*Aţi descrie copilul ca fiind "închistat în propria cochilie" sau pierdut, dus pe gânduri,dificil de abordat?

1. Da, exact

2. Se comportă deseori în acest fel

3. Nu, nu este o descriere exactă

29. Copilul este tandru?

1. Se agaţă de adulţi

2. Mai tandru decât media; îi place să fie ridicat

3. Nu, este mai degrabă rigid, dificil de purtat în braţe

4. Nu ştiu

ÎNTRE 3 ŞI 5 ANI

30. Se loveşte la cap în mod voluntar?

1. Niciodată sau foarte rar

2. Da, lovindu-se cu palmele

3. Da, lovindu-se de picioarele sau de capul cuiva

4. Da, de pereţi, podea, mobilă

31. Este bine coordonat fizic? (când merge, fuge, se leagănă, se caţără)

1. Mai graţios decât media

2. Coordonare normală

3. Coordonare inferioară mediei sau slabă

32. Se învârte în jurul propriei axe?

1. Da, deseori

2. Da, uneori

3. Da, dacă se iniţiază mişcarea

4. Nu, nu manifestă tendinţa de a se învârti

33. Este îndemânatic în executarea de gesturi minuţioase cu degetele, la jocul cu obiecte mici?

1. Excepţional de îndemânatic

2. îndemânare normală pentru vârsta lui

3. Uşor neîndemânatic sau foarte neîndemânatic

4. Nu ştiu

34. îi place să învârtă obiecte ca, de exemplu, capace, monezi?

1. Da, deseori şi timp îndelungat

2. Foarte rar sau niciodată

152_____ Cristina Mureşan

35. Dă dovadă de capacităţi excepţionale pentru una din activităţile următoare:

1. Rezolvarea unor jocuri tip puzzle sau jocuri de răbdare

2. Efectuarea unor exerciţii cu calcule

3. Numirea zilei corespunzătoare unei anume date

4. Cântă corect (ureche muzicală deosebită)

5. Aruncarea şi/sau prinderea unei mingi

6. Alte activităţi

7. Nu prezintă capacităţi speciale sau nu ştiu

36. Sare în sus când e bucuros?

1. Da, gest foarte caracteristic

2. Nu sau foarte rar

37. Aranjează obiecte pe rânduri regulate insistând să nu fie deranjate?

l.Nu

2. Da

3. Nu sunt sigur(ă)

38. Refuză să se servească de mâini pentru o lungă perioadă de timp?

l.Da 2. Nu

39. A existat o perioadă, înainte de 5 ani, în care insista să asculte discuri?

1. Da, insista să asculte anumite discuri

2. Da, orice disc

3. îi plăcea să asculte, fără preferinţe

4. Nu manifesta vreun interes pentru discuri

40. Ce interes manifestă pentru mecanisme, aparate menajere?

1. Puţin sau nici un interes

2. Interes mediu

3. Este fascinat de unele mecanisme şi/sau aparate
41.*Care sunt reacţiile când este întrerupt din preocupările sale?

1. Este rareori sau niciodată tulburat

2. Este uneori uşor tulburat

3. Este efectiv foarte contrariat

42.*Acceptă cu uşurinţă să poarte haine sau pantofi noi? 1. Refuză în general orice schimbare

2. Nu pare să-l deranjeze sau îi face chiar plăcere 43.*Este contrariat când constată că anumite lucruri nu sunt "ca de obicei"?

1. Nu, în mod special

2. Da, acest lucru îl perturbă foarte mult

3. Nu sunt sigur(ă)

44.*Recurge la "ritualuri" complicate şi se arată nemulţumit când acestea nu sunt respectate?

1. Da, bineînţeles

2. Nu sunt sigur(ă)

3. Nu

45.*Este contrariat când unele lucruri cu care este obişnuit sunt schimbate sau deplasate?
l.Nu

2. Da, sigur

3. Parţial adevărat

46.*Are tendinţa de a distruge obiectele?

1. Da, acest lucru constituie o mare problemă

2. Nu în mod deliberat sau nu este distructiv

3. Nu are în mod special această tendinţă
47.*Este un copil maleabil, docil?

l.Da

2. Reacţii în aparenţă normale

3. Nu sunt sigur(ă)

48.*Ce descriere, sau ce combinaţie de două descrieri ar caracteriza cel mai bine copilul?

1. Hiperactiv, în continuă mişcare, trece repede de la un lucru la altul

2. Se uită la televizor calm, timp îndelungat

3. Stă aşezat mult timp, cu privirea pierdută, jucându-se la infinit cu obiecte, fără scop

4. Combinaţie între 1 şi 2

5. Combinaţie între 2 şi 3

6. Combinaţie între 1 şi 3
49.*îşi exprimă nevoia de afecţiune?

1. Da, mai mult decât normal

2. Da, în mod normal

3. E indiferent la manifestările de afecţiune.

4. E mai mulţumit când e lăsat în pace

Cristina Muresan

50,*Este sensibil şi/sau afectuos?

1. Este sensibil la critici şi afectuos

2. Este sensibil la critici şi nu este afectuos

3. Este insensibil la critici şi este afectuos

4. Este insensibil la critici şi nu este afectuos

51.*Este posibil să i se atragă atenţia asupra unui obiect mai îndepărtat sau printr-un geam?

1. Da, fără probleme

2. Vede rareori lucrurile îndepărtate

3. Nu examinează obiectele decât cu degetele sau cu gura

52.*Este considerat ca atrăgător şi frumos?

1. Da, este considerat deosebit de frumos

2. Este normal de frumos

3. Nu este considerat frumos

53. îşi schimbă direcţia privirii când i se vorbeşte?

1. Niciodată sau rareori

2. Numai în prezenţa părinţilor

3. Da, în mod normal

54. I se întâmplă să se servească de mâna adultului pentru a face ceva? (a deschide uşa)

1. Da, gest foarte caracteristic

2. Da, poate sau da, dar rareori

3. Niciodată

55. Care descriere îi corespunde cel mai bine copilului?

1. Tulburat, perplex, îngrijorat, preocupat de el însuşi

2. Rece, independent, puţin sensibil, pierdut

56. Este temător în mod nejustificat?

1. Da, faţade străini

2. Da, faţă de unele animale, persoane, zgomote

3. Da, la 1 şi 2 deodată

4. Nu, temerile sale sunt normale

5. Nu, pare curajos şi lipsit de temeri

6. Nu, ignoră obiectele care stârnesc frica

57. I se întâmplă deseori să cadă, să se rănească? (fugind, căţărându-se)

1. Are tendinţa de a cădea şi a se răni

2. Nu mai des decât alţi copii

3. Nu se expune la situaţii în care ar putea cădea

4. Deşi se caţără, fuge, nu cade niciodată

58. Creează probleme din cauza agresivităţii sale în raport cu el însuşi şi cu alţii?

1. Da, doar cu el însuşi

2. Da, doar cu alţii

3. Da, atât cu el cât şi cu alţii

59. La ce vârstă a pronunţat primele cuvinte? (chiar dacă apoi a încetat să vorbească)

1. Nu a articulat niciodată cuvinte

2. Intre 8 şi 12 luni

3. Intre 13 şi 15 luni

4. între 16 şi 24 luni

5. între 2 şi 3 ani

6. între 3 şi 4 ani

7. După 4 ani

8. Nu ştiu

60. După ce a început să vorbească, a rămas tăcut o săptămână sau mai mult?

1. Da, iar apoi a vorbit din nou. S-a oprit, la ce vârstă?..... timp de.....

2. S-a oprit la..... ani şi nu a mai vorbit

3. Nu, a continuat să vorbească sau nu a început deloc

61. După ce a început să vorbească, a vorbit în şoaptă o săptămână sau mai mult?

1. Da, dar a vorbit din nou normal (s-a oprit la .., a vorbit în şoaptă)

2. Da, şi continuă şi acum să vorbească în şoaptă (a încetat să vorbescă la)

3. Acum nu mai vorbeşte nici în şoaptă

4. Nu, a vorbit întotdeauna normal sau nu a vorbit

62. în ce mod pronunţa primele cuvinte când a început să vorbească. Cum pronunţa cuvintele dificile între 3 şi 5 ani?

1. Limbajul său este prea limitat pentru a răspunde

2. Normal sau mai puţin bine Ia început şi destul de greu între 3 şi 5 ani

3. Normal sau destul de greu la început şi foarte bine între 3-5 ani

4. Foarte bine la început apoi normal sau destul de greu între 3 şi 5 ani

Cristina Mureşan

5. Deosebit de bine la început şi între 3 şi 5 ani 63.*Aptitudinea sa de comunicare (răspuns la o întrebare, istorisirea unei poveşti) este proporţională cu numărul de cuvinte cunoscute?

1. Poate arăta cu degetul multe obiecte care sunt numite, dar nu poate să vorbească

2. Poate numi corect multe obiecte, dar nu poate comunica

3. Aptitudine de comunicare bună, proporţională cu numărul de cuvinte cunoscute

4. Nu utilizează nici un cuvânt şi nu înţelege când i se vorbeşte

64.*Când a pronunţat primele fraze, v-a surprins folosind cuvinte neutilizate până atunci?

1. Da (exemple.....)

2. Nu

3. Nu am remarcat nimic

4. Limbajul său nu este destul de bogat pentru a putea răspunde

65.*Cum vorbea despre el când a început să folosească propoziţii?

1. "Căzut", sau "bebe căzut" sau "băiat/fetiţă căzut"

2. "Eu căzut" sau "am căzut"

3. "El sau ea a căzut"

4. "Tu ai căzut"

5. Combinaţii de răspunsuri 1, 2 şi/sau 3

6. Combinaţii de răspunsuri 1 şi 4

7. Copilul nu vorbeşte sau prea puţin

66.*Repetă întocmai cuvinte sau fraze pe care le-a auzit? (fără prea mare legătură cu contextul)

1. Repetă normal cuvinte şi fraze

2. Repetă cuvinte, fraze ca un papagal

3. Nu am remarcat nimic

4. Nu, nu face asta

5. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde
67.*Copilul este capabil să răspundă la o întrebare simplă ca:
"Cum te cheamă?" sau "De ce te-a certat mama?"

1. Da, poate răspunde în mod corespunzător la o întrebare simplă

2. Nu, vorbeşte, dar nu e capabil să răspundă

3. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde
68.*Este capabil să înţeleagă? (este capabil să răspundă sau să
facă ce i se cere?)

1. Da, înţelege foarte bine

2. Da, înţelege destul de bine

3. înţelege puţin, dar trebuie să i se repete

4. Înţelege foarte puţin sau deloc
69.*Dacă vorbeşte, înţelege ceea ce spune?

1. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde

2. Nu, se mulţumeşte să repete ce a auzit iară să înţeleagă prea mult

3. Repetă, dar poate să şi vorbească, nu pare însă să înţeleagă prea bine ce vorbeşte

4. Vorbeşte şi înţelege ceea ce spune
70.*A folosit cuvântul "da"?

1. Da, destui de des şi în context 2.1 s-a întâmplat, dar rareori

3. Face propoziţii fără a folosi cuvântul "da"

4. A folosit alte cuvinte sau grupuri de cuvinte pentru a spune "da"

5. Nu vorbeşte sau vorbeşte prea puţin

71.*Pentru a răspunde afirmativ la o întrebare, repetă întrebarea?

1. Da, acest lucru îi este caracteristic, nu spune "da" în mod direct

2. Răspunde "da" sau ceva echivalent

3. Nu am remarcat

4. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde

72. V-a cerut ceva utilizând aceeaşi formulă pe care aţi utiiizat-o pentru a-i propune ceva?

1. Da, bineînţeles (spune "tu" în loc de "eu")

2. Nu, cere în alt mod

3. Nu am remarcat acest lucru

4. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde

73. A folosit cuvântul "eu"?

1. Da, destul de des şi în mod adecvat

2. Rareori, dar în mod adecvat

3. A folosit propoziţii, dar nu cuvântul "eu"

4. A folosit unele cuvinte sau grupuri de cuvinte, dar nu "eu"

5. A folosit "eu" în loc de "tu"

6. Nu vorbeşte destul pentru a se putea răspunde

74. Cum spune "nu" sau cum refuză?

1. Spune pur şi simplu "nu"

2. Prin ignorare

3. Mormăie "nu vreau" sau "fără...." sau de exemplu "lapte nu-nu"

4. Utilizează o propoziţie care nu are sens

5. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde

75. A folosit un cuvânt sau o idee pentru a exprima o alta pentru un timp îndelungat?

1. Da, bineînţeles

2. Nu

3. Nu sunt sigur(ă)

4. Vorbeşte prea puţin pentru a se putea răspunde

76. Ţinând cont de ceea ce ştiţi până acum, la ce vârstă aţi remarcat pentru prima dată comportamentul anormal al copilului?

în coloana A: se bifează vârsta la care aţi început să-l bănuiţi In coloana B: se bifează vârsta la care l-aţi constatat efectiv

A B

1. In primele 3 luni

2. Intre 4 şi 6 luni

3. între 7 şi 12 luni

4. între 13 şi 24 luni

5. între 2 şi 3 ani ....

6. Intre 3 şi 4 ani .....

7. După 4 ani .....

77 şi 78. Se înscrie în coloanele următoare nivelul studiilor părinţilor:

Tatăl (77) Mama (78)

1. Şcoala primară

2. Studii medii. Bacalaureat

3. Studii tehnice

4. Certificate universitare

5. Diplomă universitară

6. Teză sau lucrare de cercetare

***Autismul infantil. Structuri psihopatologice si terapie complexă* 159**

79. Indicaţi măsura în care în familie au existat persoane cu probleme psihologice necesitând un tratament îndelungat şi/sau internare în clinică.

l.Nu

2. Dacă da, precizaţi dedesubt: gradul de rudenie

întrebări adiţionale la chestionarul E2

Pentru a răspunde la următoarele întrebări, se notează, în locurile marcate, cu cifra 1 pentru "foarte adevărat", cifra 2 pentru "adevărat" şi cifra 3 pentru "fals".

ÎNAINTE DE 2 ANI

80. Copilul devenea rigid şi îşi dădea capul pe spate când era ridicat în braţe

81. Se zbătea când era luat în braţe

ACTUALMENTE

82. Copilul este extrem de lacom pentru unele alimente

83. Mănâncă deseori cantităţi anormal de mari

84. îşi astupă urechile cu mâinile la auzul unor zgomote

85. Unele sunete par să-i displacă

86. Nu clipeşte la lumină puternică

87. Are tenul mai deschis sau mai închis decât cel al altor membri ai familiei

88. Preferă cu certitudine obiectele neînsufleţite

89. Evită alte persoane

90. Insistă să păstreze cu el un anumit obiect

91. Pare în permanenţă speriat sau foarte anxios

92. Plânsul său este imposibil de potolit

93. Remarcă schimbările sau imperfecţiunile şi încearcă să le corecteze

94. Este îngrijit, este preocupat de aspectul său fizic. Evită lucrurile murdare

95. Colecţionează unele obiecte (jucării mici, obiecte, bucăţele de hârtie)

96. Repetă, după un timp, frânturi de fraze pe care le-a auzit

97. Repetă, după un timp, fraze întregi pe care le-a auzit

98. Repetă la infinit, fără modificare, diverse întrebări sau conversaţii pe care le-a auzit

99. Se fixează pe anumite idei, se agaţă de unele obiecte

100. Explorează tactil suprafeţele

101. Adoptă posturi bizare

102. Mestecă sau înghite obiecte necomestibile

103. Detestă să fie atins sau să fie luat în braţe

104. Este extrem de sensibil la mirosuri

105. îşi disimulează capacităţile sau cunoştinţele. Sunteţi surprins(ă) aflând că ele există

106. Pare insensibil la durere

107. Este îngrozit de schimbare sau de evenimente neobişnuite

108. A reţinut cuvinte fără vreo utilitate pentru el

109. A reţinut unele cuvinte, apoi a încetat să le mai folosească

6.3.2. Scala de observaţie a comportamentului Freeman (SOC)

Scala de observaţie a comportamentului a fost elaborată de Freeman în 1978 şi se referă la evaluarea obiectivă a comportamentului copiilor autişti într-un context de dezvoltare dat. In versiune originală, ea cuprinde 67 itemi. Observarea copilului are loc prin intermediul unei oglinzi sau prin înregistrare video. Şedinţa se desfăşoară într-o sală cu jucării adaptate vârstei şi poate fi împărţită în 9 perioade de câte 3 minute.

într-un prim timp, copilul "face ceea ce doreşte", examinatorul rămânând pasiv. Este introdus apoi în situaţii de joc bine definite sau de simulări standardizate. Cotarea scalei este bazată pe frecvenţa apariţiei comportamentelor marcate în cursul fiecărei perioade de 3 minute. Se utilizează, pentru cotare, următoarele cifre:

0 - absent

1 - apare o dată

2 - apare de două ori

3 - apare permanent

Studiile de validare ale SOC sunt încă în curs de desfăşurare şi se efectuează ţinând cont de evoluţia copiilor autişti în funcţie de vârstă şi prin comparaţie cu grupuri de copii normali şi deficienţi, pe grupe cronologice de vârstă şi de dezvoltare.

Autismul infanti!. Structuri psihopatologicsjUŞMPli'^omPlex&m

Cotarea primilor 53 itemi corespunde frecvenţei apariţiei comportamentelor marcate în cursul fiecărei situaţii de joc. Pentru ceilalţi itemi, cotarea este binară; 0 - absent

1 - prezent

Scala de observaţie a comportamentului după Freeman (1978)

Nume:.....

Prenume:.....

Data naşterii:..... Vârsta:.....

Coeficient de dezvoltare:.....

Data:..... Observaţia nr.:.....

Jocul cu mingea*	Reacţia de atenţie *
- ignorăjocul	- nulă - tresărire
- se joacă puţin	- minimă - agitaţie
- activ la joc	- medie - agitaţie dezordonată
- deviază de la joc	- bună - panică, vrea să iasă
Reacţia la ridicarea braţe* în	Reacţia în momentul când i se ia obiectul din mână *
- rezistă	- este indiferent
- suportă	- devine furios
- acceptă	- acceptă

Se încercuieşte răspunsul cel mai potrivit

Manifestări comportamentale caracteristice

1. îşi astupă urechile

2. Scrâşneşte din dinţi

3. îşi priveşte mâinile

4. Rămâne uimit, mirat

5. Se uită fix la anumite detalii

6. Mângâie suprafeţele

7. Duce obiectele la gură

8. Se loveşte la mâini

9. îşi duce mâna la gură

10. Miroase obiectele

11. îşi miroase mâinile

12. îşi sucește capul

13. Bate din mâini, ca din nişte aripi

14. Pipăie obiectele

15. Gesticulează, face grimase
16. Se învârte în jurul propriei axe
17. Merge pe vârfuri
18. Se proiectează înainte
19. îşi menţine unele posturi
20. Se leagănă
21. Sare pe loc
22. Se loveşte la cap (cu mâinile, cu obiecte)
23. îşi mişcă obiectele în faţa ochilor
24. îşi dă capul pe spate
25. Se joacă cu întrerupătorul
26. Se joacă cu clanţa
27. Se uită în ochii examinatorului
28. Se uită la examinator pe porţiuni
29. îi surâde sau râde cu examinatorul
30. îl foloseşte pe examinator ca instrument
31. Se agaţă de examinator
32. Insistă pentru a fi luat în braţe
33. îi atrage atenţia examinatorului prin diverse atitudini
34. Ignoră examinatorul
35. Utilizează adecvat obiectele
36. Utilizează inadecvat obiectele
37. Utilizează ritualizat obiectele

38. învârte obiectele

39. Aliniază obiectele

40. Utilizează obiectele pentru autostimulare

41. Nu acordă atenţie obiectului manipulat

42. Lasă obiectul să cadă în mod pasiv

43. Aruncă obiectele

44. Ignoră obiectele

45. Rămâne mut

46. Emite sunete nearticulate

47. Ţipă

48. Repetă: ecolalie imediată sau mai distanţată în timp

49. Comunică prin cuvânt

50. Răspunde la stimulări: imediat, cu întârziere, stereotip

6.3.3. Scala de evaluare a comportamentelor autistice (ECA)

Istoria întocmirii acestei scale cuprinde mai multe etape începând cu anul 1973, când a fost pusă la punct de către Lelord scala aşa-numită "Bretonneau". Scopul iniţial al acestei scale era punerea în relaţie a variabilelor clinice şi electrofiziologice. O primă analiză a corespondenţelor arăta că unele trăsături clinice ca, de exemplu, indiferenţa faţă de persoane, intoleranţa la schimbare, erau relaţionate cu semne electrofiziologice ca, de exemplu, slaba amplitudine a potenţialelor electrice evocate prin stimulări senzoriale.

Cea dintâi versiune a scalei, numită *Bretonneau I* sau *ECA Ia.* fost alcătuită plecând de la raportul Duche (1969). Ea se prezenta sub forma unui chestionar din 55 itemi, la care se răspundea prin "da" sau "nu". Această variantă a fost apoi modificată, păstrându-se doar 28 itemi.

A doua versiune, *Bretonneau II* sau *ECA II,* elaborată în urma unei analize factoriale a corespondenţelor, a permis degajarea a 18 itemi dintre cei 55 iniţiali şi stabilirea unor corelaţii între datele clinice şi electrofiziologice. în 1978, referindu-se la criteriile reţinute

pentru *DSMIII,* cei 18 itemi au fost regrupaţi în 6 rubrici, unii dintre ei fiind reformulaţi (Garreau, 1980, Lelord, 1981).

Prezentarea versiunii actuale a scalei, ECA III (1985) Această ultimă versiune, *Bretonneau III,* sau *ECA III,*

cuprinde 20 itemi (Lelord şi Barthelemy, 1989) şi se prezintă în modul

următor:

Nume:

Data:

Tratament:

Puneţi o cruciuliţă în coloana corespunzătoare notei 0 12 3 4 considerate drept cea mai exactă

1. Caută izolarea
2. îi ignoră pe alţii
3. Interacţiune socială insuficientă
4. Privire inadecvată
5. Nu face efortul de a comunica oral
6. Dificultăţi de comunicare prin gesturi şi mimică
7. Emisiuni vocale sau verbale stereotipe; ecolalie

8. Lipsa iniţiativei Activitate spontană redusă
9. Tulburări de conduită faţă de obiecte, de păpuşă
10. Intoleranţă la schimbare, la frustrare
11. Activitate senzorio-motorie stereotipă
12. Agitaţie, turbulenţă
13. Mimică, postură, mers - bizare

14. Autoagresivitate

15. Heteroagresivitate

16. Mici semne de angoasă

17. Tulburări de dispoziţie

18. Tulburări ale conduitei alimentare

19. Fixare dificilă a atenţiei

20. Bizarerii ale audiţiei

Scala permite explorarea copilului autist prin prisma a şapte domenii comportamentale, şi anume:

- izolare de tip autist,

- tulburări ale comunicării verbale şi non-verbale,

- reacţii bizare faţă de mediu,

- motricitate perturbată,

- reacţii afective inadecvate,

- tulburări ale funcţiei instinctive,

- tulburări ale atenţiei, ale percepţiei şi ale funcţiilor intelectuale.

Aceste rubrici, inspirate din *DSM IV* şi utilizate, în cazul primelor versiuni, pentru ordonarea itemilor, nu mai figurează în scala propriu-zisă. Ele nu sunt utilizate decât în momentul acordării scorurilor, pentru eventualele regrupări de itemi.

Scala *ECA* este destinată observării copilului în cadrul micului grup în care este inclus în mod obişnuit. Cotarea se face o dată pe săptămână de către personalul medico-educativ. Cei care realizează cotarea se pot referi la un glosar. Fiecare item este cotat de la 0 la 4, în funcţie de frecvenţa apariţiei simptomelor:

0 - tulburarea nu apare niciodată

1 - uneori

2 - deseori

3 - foarte des

4 - permanent

în partea de jos a foii de cotare, în rubrica "Observaţii", examinatorul poate semnala unele simptome care nu figurează în scală sau unele evenimente care ar putea modifica brusc notarea.

Prezentarea detaliată a scalei *ECA III* (varianta 1984-l985)

I - IZOLARE DE TIP AUTIST

1) Caută izolarea

Se retrage, se izolează, fuge de grup, întrerupe relaţia Rămâne în lumea lui îşi caută colţul lui

2) îi ignoră pe alţii

Indiferenţă faţă de persoane. Nu le acordă atenţie, poate să le împingă fără să le vadă, pare a nu le auzi Nu răspunde la solicitări Copi! prea cuminte, indiferent (faţă glacială) Reacţiile comportamentale generale sunt denaturate sau întârziate

3) Interacţiune socială insuficientă

Nu apar schimburi relaţionale

Nu iniţiază apropieri spontane

Nu utilizează un obiect mediator

Utilizează adultul ca pe un obiect

Nu zâmbeşte, nu caută compania altora

Nu este capabil să întreţină interacţiuni sociale

4) Privire inadecvată

Nu priveşte în ochi, îşi acoperă ochii

îşi fereşte privirea sau faţa la un apel sau la privirea

altuia

Privire vidă, fără viaţă, fugitivă. Privire periferică.

II - TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII VERBALE SAU NONVERBALE

5) Nu face eforturi de comunicare orală

Este vorba de aprecierea tentativelor şi încercărilor de comunicare şi nu a nivelului verbal. Un copil care a achiziţionat deja limbajul poate să nu facă eforturi de comunicare şi să prezinte limbaj ecolalic. Un copil care nu a achiziţionat limbajul poate încerca să se facă înţeles prin vocalize.

6) Dificultăţi de comunicare prin gesturi şi mimică

Amimie. Expresie imobilă a feţei

Nu prezintă reacţii posturale anticipate, când este luat

în braţe

Nu ştie să dirijeze mâna examinatorului pentru a

obţine ceea ce vrea, nu-şi agită mâinile în direcţia

obiectului, nu ştie să indice precis ce ar dori, prin

gesturi, atitudine şi privire

Dacă limbajul este prezent, nu utilizează cu frecvenţă

normală expresia facială, vocală şi gestuală.

7) Emisii vocale, verbale stereotipe; ecolalie

Ecolalie imediată sau distanţată; repetă orice sau selectiv

Inversiunea pronumelor personale *eu, tu, el* Cuvintele sau frazele repetate au sau nu valoare comunicaţională

înlănţuire de cuvinte sau fraze plecând de la cuvinte-cbeie, cu sau fără legătură

Emisia unor sunete stereotipe, cu un ritm sacadat, în momente de derută, de bucurie sau în orice moment. ÎI1 - REACŢII BIZARE LA MEDIU

8) Lipsa iniţiativei, activitate spontană redusă

Nesolicitat, copilul nu-şi creează un joc de la sine

Copil pasiv, neinteresat

Lentoare.

9) Tulburări ale conduitei faţă de obiecte şi de păpuşă

Ignoră obiectele sau se interesează de ele în mod

fugitiv

Suge sau duce la gură obiectele

Pipăie sau loveşte în mod repetat obiectele

Comportament neobişnuit cu obiectele: le lasă să cadă

în mod pasiv

Examinare tactilă minuţioasă

Utilizare bizară, foarte personală a obiectelor şi/sau

comportament bizar, excentric: pune obiectul de o

parte, învârte obiectele, adună tot ce găseşte.

10) Intoleranţă la schimbare, la frustrare

Exigenţă imperioasă ca totul să rămână neschimbat

Schimbarea: acceptă greu, chiar cu reacţii necontrolate neobişnuitul, schimbările de loc, de orar, de persoane, de haine, de alimente

Frustrarea: reacţii de furie faţă de ceva interzis, de o întrerupere a activităţilor sale. Nemulţumire cauzată de nesatisfacerea unei dorinţe sau aşteptări Fixare pe obiectul frustrării. IV - MOTRICITATE PERTURBATĂ

11) Activităţi senzorio-motorii stereotipe

Este vorba de stereotipii. Acestea se pot manifesta atât în cadrul activităţilor, cât şi în mers (balansarea în pat, pe podea sau de pe un picior pe altul, uitatul la mâini, răsucitul degetelor, mirosirea mâinilor, astupatul urechilor, al ochilor, lovitul cu spatele de perete, bătutul din picioare; jocul ochilor în soare, în lumină).

12) Agitaţie, turbulenţă

Aceste simptome tulbură momentele de repaus sau de

activitate dirijată

Agitaţie: excitaţie dezordonată, necontrolată, fără

scop

Turbulenţă: copil zgomotos, turbulent. Se poate

considera turbulenţa ca normală, dar patologică atunci

când este exagerată; în acest caz se cotează.

13) Mimică, postură şi mers - bizare

Bizareria este deseori evidentă în cazul posturii şi mersului, dar se poate extinde la comportamentul general şi la activităţi. Mimică: grimase, mişcări faciale bizare Postură: picioare în aer, încrucişate; capul în jos; postură neechilibrată; picioare îndoite; pitit într-un colţ al încăperii; destindere corporală violentă; absenţa anticipaţiei posturale, ajustare posturală greşită Mers: mici sărituri, mersul pe vârfuri sau pe călcâie, învârtitul în jurul propriei axe sau descriind în fugă mici cercuri; târşâitul picioarelor, mersul într-o parte, automatism în mers, demers bizar, unele mişcări de proiecţie înainte.

V - REACŢII AFECTIVE INADECVATE

14) Autoagresivitate

Agresivitate faţă de propriul corp sau chiar mutilare (copilul se loveşte cu mâinile în cap, se lasă anume să cadă cu violenţă, se muşcă, se pişcă, se zgârie pe faţă)

15) Heteroagresivitate

Muşcă, zgârie, loveşte pe oricine

16) Mici semne de angoasă

Exemple ale manifestării angoasei şi anxietăţii

Planşete spontane

Râs nervos

Aspect temător, îngrijorat

Mers fără scop

Tremurături

Somatic: vomă, hiperpnee, tulburări de tranzit,

transpiraţie

17) Tulburări de dispoziţie

Sărăcie a registrului emoţional

Alternanţa stărilor emoţionale contrare (furie, râs,

plăcere, tristeţe)

Furie şi râs nemotivate.

VI - TULBURĂRI ALE FUNCŢIILOR INSTINCTUALE

18) Tulburări ale conduitelor alimentare

Tulburări calitative şi/sau cantitative

Indiferenţă, atitudine pasivă: copilul se lasă hrănit fără

participare afectivă

Refuz activ: copilul plânge sau urlă la vederea

mâncării, se opune alimentării; gesticulând sau

întorcând capul

Alege exclusiv unele gusturi, dulci sau sărate

Mănâncă altceva decât alimente (pietricele, hârtie)

Coprofagie

Vărsături

Mănâncă foarte murdar, împrăştie alimentele, le

aruncă

Ritualuri

Absenţa gustului

Bulimie, anorexie.

VII - TULBURĂRI ALE ATENŢIEI, PERCEPŢIEI, FUNCŢIILOR INTELECTUALE

19) Fixare dificilă a atenţiei

Dacă i se propune o activitate, este incapabil să-şi

fixeze atenţia

Nu ascultă ce i se spune, distrat

Integrare lentă. Nu percepe consemnele sau le percepe

târziu

Răspunsuri întârziate

Atenţie labilă: modificări ale atenţiei, provocate prin

schimbări ale mediului

Atenţie anormală: acordă atenţie propriilor producţii

sonore non-vocale.

20) Bizarerii ale audiţiei

Sensibilitate excesivă sau insuficientă la zgomote, sunete, apeluri

Reacţii paradoxale: copilul nu întoarce capul la trântirea uşii sau la pronunţarea numelui său, dar se interesează de zgomotul hârtiei mototolite.

Utilizări: practica clinică şi cercetarea

"*Profilul comportamental" individual şi evoluţia sa*

Scala ECA rezumă evaluarea psihiatrică realizată de clinician. Cotarea diverselor simptome permite obţinerea unui portret sau profil simptomatic pentru un copil sau pentru un grup de copii la un moment dat.

Datorită simplităţii sale, această scală poate fi utilizată în mod regulat. Completat la intervale de timp apropiate şi regulate, profilul simptomatic al unui copil poate fi urmărit pe parcursul mai multor luni. Variaţiile longitudinale ale acestor profiluri pot fi examinate şi analizate în detaliu.

Privită din această perspectivă, scala *ECA* este esenţialmente descriptivă. Ea permite realizarea unor rezumate observative precise. Notele atribuite simptomelor pot alcătui un adevărat grafic, pe care pot fi urmărite variaţiile pe perioade, mergând de la câteva săptămâni la câteva luni. Analiza acestor variaţii, prezentate foarte concret, permite îmbogăţirea informaţiilor legate de traiectoriile evolutive individuale ale copiilor.

Scala ECA şi tehnicile terapeutice

Evantaiul terapeutic de care poate beneficia un copil autist într-un serviciu pedo-psihiatric cuprinde trei categorii: intervenţiile educative, psihoterapiile şi terapiile farmacologice. Rezumatele clinice oferite de scala *ECA* sunt foarte utile în acest domeniu. Este posibilă, de exemplu, aprecierea comportamentului unui copil în două situaţii foarte diferite: în grupul său şi în cadrul terapiei individuale. Rezultatele pot fi pozitive sau negative, omogene sau disociate, iar confruntarea lor cu alte elemente ale observaţiei, permite iniţierea discuţiilor legate de indicaţiile terapeutice.

6.3.4. Scala de evaluare a autismului infantil Schopler

Scala a fost concepută pentru prima dată în 1971 de către E. Schopler, R. Reich Ier şi B. Renner având ca *obiective* identificarea copiilor autişti şi distingerea cazurilor de autism uşor şi moderat de cazurile severe.

In ceea ce priveşte *modul de administrare* a acesteia, un observator examinează copilul, în timp ce acesta este implicat într-o sarcină care necesită comportamente foarte variate şi unele interacţiuni cu o altă persoană. La sfârşitul perioadei de observaţie, se evaluează modul în care copilul a parcurs totalitatea itemilor scalei.

Scala este compusă din 15 itemi după cum urmează:

I. *Relaţia cu oamenii*

Devierile care pot apare în raport cu o relaţie normală pot să fie relativ uşoare, ca de exemplu, o timiditate exagerată, un anume negativism, evitarea unui contact vizual, dar pot merge până la forme severe, ca dezinteres profund, evitare şi uitare.

Se observă situaţiile structurate şi non-structurate în care copilul poate să interacţioneze cu adultul sau cu alţi copii. Se notează reacţia copilului la contactul fizic, la manifestările de afecţiune şi răspunsurile la solicitări, la critici şi la pedepse.

II. *Imitaţia* (verbală şi motrică)

Imitaţia verbală poate include repetarea unor simple vocalize până la repetarea unor fraze lungi şi complicate.

Imitaţia motrică include atât imitaţia motrică globală, cât şi imitaţia fină (copierea unor forme, decuparea cu foarfecă sau jocul cu obiecte mici).

Se observă o mare varietate de situaţii în care imitaţia este necesară, se notează măsura în care aceasta apare imediat sau după un timp mai îndelungat.

III. *Reacţia afectivă adecvată sau inadecvată*

Este vorba de notarea adecvării sau inadecvării tipului de răspuns sau de notarea gradului de adecvare a răspunsului (extrem sau inhibat). Se acordă atenţie gradelor extreme şi inexplicabile ale răspunsurilor afective sau rigidităţii acestora precum şi celor care sunt, ocazional, mai puţin evidente şi scurte. Se va considera că intensitatea răspunsului este anormală, atunci când copilul nu manifestă vreo emoţie în situaţiile în care subiecţii normali de aceeaşi vârstă prezintă asemenea emoţii, când are accese de furie sau devine foarte agitat ca răspuns la un eveniment minor.

IV. *Utilizarea corpului*

Formele cele mai uşoare de deviere sunt neîndemânarea, lipsa coordonării sau mişcările stereotipe, iar cele mai severe sunt o postură specifică, inspecţia corpului, auto-agresiunea, balansările şi mersul pe vârfuri. Se observă activităţile de tip decupaj, desen, puzzle şi se evaluează frecvenţa şi intensitatea utilizării bizare ale corpului.

V. *Utilizarea obiectelor*

O utilizare neadecvată poate merge de la un uşor dezinteres faţă de obiect sau o utilizare infantilă a acestuia, până la o utilizare inadecvată: preocupare repetitivă şi mecanică.

Modul în care sunt utilizate obiectele se notează, în acelaşi timp cu interesul general al copilului pentru jucării. Se observă de asemenea modul în care copilul se joacă pe o perioadă nestructurată, în care adultul nu intervine.

VI. *Adaptarea la schimbare*

Adaptabilitatea copilului la schimbare poate fi evaluată luând în considerare disponibilitatea copilului de a trece de la un obiect la altul şi de a schimba instrumentele în cadrul aceleiaşi activităţi. Aceste probleme sunt deseori legate de unele comportamente repetitive. Se notează reacţia copilului la schimbarea activităţii, la tentativele de modificare a răspunsurilor sau a comportamentelor organizate, la schimbarea rutinei.

Devierile pot avea forma unui refuz al copilului de a înapoia un obiect, de a termina o activitate sau, în caz extrem, poate fi vorba de o rezistenţă severă şi de o iritabilitate pronunţată la schimbarea obiectului sau a activităţii.

VII. *Răspunsurile vizuale*

La acest item, se evaluează utilizarea şi interesul copilului faţă de domeniul vizual (şi nu capacitatea sa de a vedea obiecte specifice). Se observă măsura în care copilul îşi utilizează ochii normal când priveşte obiectele sau când interacţionează cu oamenii. Devierile includ atât evitarea răspunsului vizual, cât şi comportamentele vizuale bizare. Devierile mai uşoare se manifestă prin evitarea privirii unui obiect la cerere sau de privirea în manieră excesivă în oglindă. Formele mai severe constau în grimase repetate în faţa oglinzii, privirea fixă a luminilor.

VIII. *Reacţia la sunete*

Se urmăreşte lipsa de atenţie în raport cu sunetele şi conversaţia sau evitarea acestora, cât şi hipersensibilitatea faţă de acestea. Se notează atracţia neobişnuită sau frica de unele sunete. Copilul poate reacţiona în manieră excesivă la sunete normale, tresărind sau acoperindu-şi urechile cu mâinile. Este necesar a se observa măsura în care reacţia este dată de sunetul emis de un obiect şi nu de vederea acelui obiect.

IX. *Reacţii la miros, gust, durere*

Comportamentele care pot să apară sunt mirosirea, gustarea, atingerea unor obiecte mai degrabă pentru senzaţia produsă decât datorită experienţei funcţionale.

Se disting însă aici comportamentele infantile (ducerea la gură a obiectului) şi anomaliile mai severe care presupun chiar introducerea lui în gură. Se urmăresc eventuale reacţii neobişnuite la durere.

X. *Teama, nervozitatea*

Anxietatea se poate manifesta sub mai multe forme, ca de exemplu: planşetele, ţipetele, râsul nervos, retragerea şi temerile.

Când se face evaluarea comportamentelor, trebuie luate în considerare frecvenţa, gravitatea şi durata acestora.

Prima separare de părinţi, ori uneori marionetele şi anumite jocuri pot declanşa răspunsuri anxioase din partea copilului.

XI. *Comunicarea verbală*

Anomaliile la nivelul comunicării verbale pot merge de la un simplu retard în dezvoltarea limbajului, la utilizarea aproape exclusivă a unui limbaj aparte, bizar, asemănător unui jargon sau la ecolalie. Se notează modul în care copilul vorbeşte, răspunde la întrebări şi repetă cuvinte sau sunete la cerere. Problemele la nivelul comunicării verbale include mutismul sau absenţa limbajului, retardul în achiziţie,

utilizarea unui limbaj corespunzător unei vârste mai mici, cu folosirea unor cuvinte particulare sau fără semnificaţie. Se notează şi repetiţiile excesive apărute după vârsta la care acest comportament este relativ curent.

XII. *Comunicarea non-verbală*

Acest item acoperă comunicarea unor trebuinţe prin exprimare non-verbală (utilizarea expresiilor faciale, gesturi, posturi).

Se iau în considerare şi răspunsurile copilului la cerinţele non-verbale ale examinatorului.

Copiii care prezintă un deficit de limbaj pot să dezvolte sau nu mijloace non-verbale de comunicare. Trebuie să se ţină seama de măsura în care copilul înaintează către adult pentru jocuri fizice, în care încearcă să-i comunice examinatorului că mai doreşte bomboane, în care îşi manifestă dorinţa de a merge la toaletă etc.

XIII. *Nivelul activităţii*

La evaluarea acestui aspect trebuie să se ţină seama de vârsta copilului, de durata examinării; copilul trebuie să aibă ocazia de a se mişca în mod liber, evaluându-se însă şi capacitatea sa de a se controla, în momentul în care examinatorul insistă să stea liniştit. Trebuie luate în considerare hiperactivitatea sau pasivitatea.

XIV. *Nivelul şi consistenţa funcţiilor intelectuale*

Este posibilă observarea comportamentelor proprii nivelului de vârstă, dar combinate cu comportamente care sunt caracteristice unui nivel anterior. Se evaluează nivelul general

de funcţionare intelectuală şi omogenitatea acestui nivel de la un tip de abilitate la altul. Se ia în considerare utilizarea şi înţelegerea limbajului, a numerelor, a conceptelor, dar şi a modului în care copilul îşi aduce aminte de lucruri văzute sau auzite, modul în care explorează mediul şi în care înţelege funcţionarea lucrurilor.

XV. *Impresia generală*

Observatorul efectuează o evaluare globală a gradului de autism al subiectului, plecând de la datele obţinute la itemii precedenţi. Această evaluarea este realizată direct fără a efectua media celorlalţi itemi, luând însă în considerare toate informaţiile posibile furnizate de părinţi, de dosarele medicale.

Fiecare item poate fi cotat de la 1 la 4 cu posibilitatea acordării unor jumătăţi de punct. Scorul poate indica:

(1) comportamentul copilului se situează în limite normale pentru nivelul de vârstă,

(2) comportamentul copilului este uşor anormal,

(3) comportamentul copilului este la media anormalităţii,

(4) comportamentul copilului este profund anormal.

Jumătăţile de punct sunt utilizate când comportamentul copilului se situează între două categorii. în măsura posibilului, aceste categorii se consideră ca fiind la intervale egale pe un continuum mergând de la un comportament normal la unul profund anormal.

Pentru aceste evaluări, se ia în considerare şi vârsta copilului. De exemplu, atenţia acordată adultului de către un copil normal de 2 ani tinde să fie mai scurtă şi mai puţin susţinută decât cea acordată de un copil normal de 5 ani. O asemenea diferenţă, adecvată nivelului de dezvoltare, nu va fi considerată ca un deficit al capacităţii de relaţionare pentru copilul de 2 ani. Se utilizează o fişă de cotare pentru notarea evaluărilor fiecărui item, aşa cum se va vedea în continuare.

Scala de evaluare a autismului infantil Schopler. Fişa de cotare

Numele

Vârsta

Gradul

I. Relaţia cu oamenii

IX. Răspunsul la un stimul apropiat de receptor

1 11/2 2 21/2 3 31/2 4 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
II. Imitaţia verbală şi motrică X. Reacţia anxioasă

1 11/2 2 21/2 3 31/2 4 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4
III. Afectul XI. Comunicarea verbală

1 11/2 2 21/2 3 31/2 4 1 11/2 2 21/2 3 31/2 4

IV. Gradul de conştientă corporală XII. Comunicarea non-

verbală

1 11/2 2 21/2 3 31/2 4 111/2 2 21/2 3 31/2 4

VI. Adaptarea la schimbare XIV. Funcţionarea

intelectuală

1 11/2 2 21/2 3 31/2 4 111/2 2 21/2 3 31/2 4

VII. Receptivitatea vizuală XV. Impresiile generale

1 11/2 2 21/2 3 31/2 4 111/2 2 21/2 3 31/2 4

VIII. Receptivitatea auditivă 11/2 2 21/2 3 31/2 4

Scor total_____

Număr de itemi cotaţi cu 3 sau mai mult_____

Categoria diagnostică:_____ _____

Non-autist Autism moderat Autism sever

în ceea ce priveşte *interpretarea rezultatelor,* categoria diagnostică este determinată pe baza scorului total obţinut de copil şi a numărului de itemi la care a realizat un scor de 3 sau mai mult. Copiii care totalizează un scor mai mic de *30* sunt consideraţi ca non-autişti. Copiii care obţin un scor total de *37* sau mai mult şi care realizează scorul 3 la 5 itemi sunt incluşi în categoria autiştilor severi. Copiii care totalizează un scor de *30* sau mai mult, dar care nu satisfac unul din criteriile enunţate mai sus sunt consideraţi ca având un autism uşor sau moderat.

Scopul acestei scale este evaluarea comportamentului fără a se recurge la explicaţii cauzale. Din moment ce unele comportamente caracteristice autismului infantil sunt asemănătoare celor determinate de alte tulburări, este important să se realizeze numai evaluarea gradului de devianţă a comportamentului copilului, în raport cu normalul, fără a se lua în considerare posibilitatea unor cauze ca, de exemplu, o anomalie cerebrală sau un retard mental.

Scorul total va distinge între un copil autist şi alţi copii cu diverse tulburări de dezvoltare. De exemplu, un copil deficient, dar nu autist poate prezenta reacţii afective neobişnuite (deprimare, inhibare, expresie facială bizară) şi poate fi cotat cu (2) la rubrica "Răspunsuri emoţionale". Această evaluare, chiar însoţită de un comportament oarecum anormal în alte domenii, nu este suficientă pentru includerea copilului în categoria celor cu autism.

Itemul 15 reprezintă o evaluare globală bazată pe impresia subiectivă a gradului de autism, aşa cum este definită de celelalte 14 puncte.

Scala de evaluare a autismului infantil Schopler este importantă datorită faptului că se bazează pe observarea directă a comportamentului copilului. Ea poate fi utilă în mod special pentru clasificare, cercetare; de asemenea, ea furnizează un rezumat descriptiv al comportamentelor patologice ale copilului.

6.3.5. ***Profilul*** *Psiho-Educaţional Schopler* ***(P.P.E.)***

Profilul psiho-educaţional a fost conceput de E. Schopler şi R.J. Reichler în 1976 şi a fost revizuit în 1979. **Obiectivele** acestui instrument sunt:

- evaluarea dimensiunilor importante de dezvoltare pentru copii (imitaţie, percepţie, motricitate fină, motricitate globală, performanţă cognitivă, integrare ochi-mână, limbaj) până la nivelul de funcţionare normal echivalent vârstei de 7 ani;

- evaluarea gradului de devianţă comportamentală;

- precizarea obiectivelor pedagogice ale unui program de intervenţie individualizată.

P.P.E. se aplică Ia copiii normali de vârstă preşcolară, la deficienţi mintali între l-l2 ani şi la copiii autişti.

Modul de administrare este următorul: evaluatorul îi cere verbal copilului să efectueze un număr de sarcini, care sunt legate de dimensiunile importante ale dezvoltării. în măsura în care copilul este incapabil să realizeze sarcina, examinatorul îl ajută mimându-

i-o. în cazul unui nou eşec al copilului, adultul îi arată copilului cum să procedeze. în ultimă instanţă, examinatorul execută împreună cu copilul acţiunile care compun sarcina.

Examinatorul stabileşte astfel, în cursul observaţiilor, o veritabilă relaţie cu copilul, încercând să-l determine pe acesta să reuşească de mai multe ori în realizarea sarcinii. EI urmăreşte întărirea permanentă a reuşitei copilului, chiar dacă aceasta este minimă.

Sesiunea de evaluare oferă ocazia determinării ritmului de învăţare al subiectului. Examinatorul poate evalua şi competenţa socială a copilului, observând măsura în care comportamentul său se schimbă când adultul îşi modifică vocea (intensitate, intonaţie) sau îşi transformă fizionomia.

Administrarea testului trebuie să aibă loc în condiţii optime, într-un interval de 35-75 minute de interacţiune cu subiectul. Materialul utilizat este construit în manieră atractivă, susceptibil de a crea o relaţie de cooperare cu copiii reticenţi. Prezentarea itemilor este stabilită în funcţie de o ordine secvenţială de dificultate.

In ceea ce priveşte **conţinutul** *P.P.E.,* acesta constă dintr-o scală de evaluare a dezvoltării şi o scală de devianţă.

A. Scala de evaluare a dezvoltării este compusă din 95 itemi
care sunt repartizaţi în 7 sectoare.

1) *Imitaţia:* 10 itemi măsoară capacitatea copilului de a imita comportamente verbale şi motorii. Aceste abilităţi de imitare sunt nu numai modalităţi de bază în achiziţia limbajului, dar demonstrează şi existenţa unei capacităţi de a întreţine relaţii interpersonale.

2) *Percepţia:* 11 itemi măsoară funcţionarea percepţiei vizuale şi a celei auditive. Abilităţile perceptive permit integrarea informaţiilor senzoriale şi contribuie la descoperirea şi construirea mediului înconjurător. Ele sunt în mod special deficitare la copiii autişti, care au dificultăţi în integrarea ansamblului de stimuli din mediu şi în a-şi construi în manieră coerentă lumea care îi înconjoară.

3) *Motricitatea fină:* 10 itemi permit evaluarea abilităţilor existente în mod normal la un copil în cadrul activităţilor de autonomie şi de joc.

4) *Motricitatea globală:* măsurată de 11 itemi. Abilităţile puse în discuţie sunt cele care dezvoltă atenţia copilului şi uşurează locomoţia.

5) *Integrarea ochi-mână:* 14 itemi măsoară în acelaşi timp coordonarea ochi-mână şi motricitatea fină, competenţe esenţiale pentru stăpânirea scrisului şi a desenului.

6) *Performanţa cognitivă:* 20 itemi evaluează înţelegerea limbajului, fără a necesita un răspuns verbal explicit. Abilităţile cognitive vizate reflectă capacitatea copilului de a organiza mediul, cu scopul formării conceptelor şi categorizării ideilor.

7) *Cognitiv-verbal:* 19 itemi permit evaluarea limbajului expresiv al copilului. Abilităţile verbale facilitează interacţiunile cu mediul şi, de asemenea, reprezintă competenţe de gândire.

B. Scala de devianţă este constituită din 44 itemi destinaţi identificării comportamentelor deviante şi psihotice. Scala evaluează următoarele 5 dimensiuni:

1) afectivitatea,

2) relaţia, cooperarea, interesele umane,

3) jocul şi interesul faţă de obiect,

4) modalităţile senzoriale,

5) limbajul.

Itemii scalei de devianţă permit compilarea observaţiilor comportamentale în momentul bilanţului evaluativ. Examinatorul trebuie să înregistreze reacţiile şi comportamentele insolite şi.bizare pe parcursul observaţiei.

In privinţa **administrării,** consemnele apar sub forma unei ierarhii specifice:

a. Copilului i se prezintă consemnul verbal.

b. I se prezintă sarcina cu suport vizual (examinatorul mimează sarcina).

c. I se demonstrează cum este realizată sarcina (examinatorul realizează sarcina împreună cu copilul).

d. Se execută împreună cu copilul diferitele acţiuni care compun sarcina.

Pentru *P.P.E.* se utilizează două tipuri de **notare.** Un prim sistem de notare permite evaluarea performanţei instrumentale a subiectului (evaluarea dezvoltării). Cel de al doilea sistem permite determinarea gradului de devianţă comportamentală a subiectului (evaluare comportamentală).

Sistemul de notare a itemilor de dezvoltare este divizat pe trei nivele:

1) "Reuşită": copilul execută sarcina la simpla comandă verbală a examinatorului, fără nici un ajutor (a).

2) "Emergenţă": copilul poate realiza sarcina după un ajutor vizual (b), o demonstraţie (c) sau chiar o acţiune convergentă cu examinatorul (d). Dacă este necesară repetarea demonstraţiilor înainte de executarea sarcinii, performanţa este considerată emergentă.

3) "Eşec": copilul se dovedeşte incapabil de a realiza orice componentă a sarcinii. Nu începe executarea sarcinii nici după demonstraţii repetate.

Sistemul de notare a itemilor de devianţă depinde de judecata clinică a examinatorului. Rezultatele sunt evaluate în funcţie de gradul de severitate sau de frecvenţa comportamentului deviant. Un comportament deviant specific poate fi absent, uşor sau sever:

1) "Absent"

2) "Uşor": comportamentul nu corespunde vârstei cronologice a subiectului, ci se aseamănă cu cel al unui copil mai mic.

3) "Sever": intensitatea comportamentului, calitatea sau caracteristicile sale prezintă un caracter bizar, diferit sau neobişnuit.

Se utilizează un **formular** pentru înregistrarea performanţei copilului. Acesta este conceput în funcţie de materialul folosit şi de sarcinile care trebuie îndeplinite. Materialul şi sarcinile sunt numerotate crescător în partea stângă a formularului. Denumirile dimensiunilor devianţei şi ale aspectelor dezvoltării sunt înscrise vertical, în partea de sus a paginilor formularului. Pentru fiecare din sarcinile numerotate, notarea se face în căsuţa cu linii îngroşate. Examinatorul înscrie R, Em, E (reuşită, emergenţă, eşec), dacă este vorba de itemii de dezvoltare şi A, U, S (absent, uşor, sever), dacă este vorba de itemii de devianţă. Pentru facilitarea calculului total al performanţei, au fost incluse căsuţe în partea de jos a formularului, pentru înscrierea scorurilor.

Un profil permite reprezentarea grafică a scorurilor. Profilul este format din două părţi, prima fiind constituită dintr-o diagramă circulară împărţită în 5 secţiuni, reprezentând rezultatele scalei de devianţă. Partea a doua este constituită dintr-o histogramă reprezentând scorurile dimensiunilor legate de dezvoltare.

în ceea ce priveşte **interpretarea rezultatelor,** profilul obţinut la cele 7 dimensiuni ale funcţionării instrumentale furnizează informaţii pertinente despre natura dificultăţilor unui copii. Când un copil se găseşte la un nivel inferior faţă de cel al vârstei sale

cronologice, diferenţa între deficienţa mintală şi psihoză se reflectă, cel mai adesea, în acest profil. Profilurile copiilor psihotici prezintă inegalităţi între dimensiuni. Profilurile deficienţilor mintali prezintă, din contră, o distribuţie relativ egală, în privinţa răspunsurilor emergente şi a nivelurilor de funcţionare.

In plus, profilul oferă o primă indicaţie în ceea ce priveşte intervenţia educativă care va trebui concepută şi succesul învăţării.

Profilul psiho-educalional Schopler are meritul de a realiza o individualizare maximă a evaluării, în scopul conceperii unei intervenţii educative adecvate. Este unul din puţinele teste, alături de *ECA* şi scala de evaluare a autismului Schopler, care permit o evaluare a dezvoltării copiilor autişti şi a copiilor prezentând un retard mai

pronunţat, care sunt consideraţi în mod obişnuit ca "netestabili", dată fiind reticenţa, instabilitatea şi lipsa lor de atenţie.

6.3.6. Scala de evaluare a tratamentului în autism *- Autism Treatment Evaluation Checklist (A TEC)*

Această scală a fost elaborată de Autism Research Institute (ARI) şi constituie o procedură de evaluare pe Internet. Deşi a fost concepută în scopul evaluării eficacităţii diverselor tratamente folosite în autism, poate fi utilă şi în scop diagnostic.

Scala cuprinde patru domenii ale vieţii psiho-sociale, fiecare alcătuit dintr-o serie de itemi, iar tipurile de răspuns sunt: F - fals, P -parţial adevărat, A - adevărat.

I. Vorbire/Limbaj/Comunicare

1. îşi cunoaşte numele
2. Răspunde/reacţionează la "Nu" sau la "Stop"
3. Poate urmări unele comenzi
4. Poate folosi un cuvânt odată
5. Poate folosi două cuvinte succesiv
6. Poate folosi trei cuvinte succesiv
7. Cunoaşte 10 sau mai multe cuvinte

8. Poate folosi propoziţii cu patru sau mai multe cuvinte
9. Explică ceea ce doreşte
10. Pune întrebări cu semnificaţie
11. Vorbirea poate fi relevantă/cu sens
12. Deseori foloseşte câteva propoziţii succesive
13. Poate purta o conversaţie relativ normală
14. Are abilităţi normale de comunicare pentru vârsta lui

II. Sociabilitate

1. Pare a se afla într-o "cochilie" - inaccesibil
2. Ii ignoră pe ceilalţi
3. Când cineva i se adresează nu este deloc sau aproape deloc atent
4. E necooperant şi rezistent la contacte sociale
5. Contact vizual absent
6. Preferă să fie lăsat singur
7. Nu manifestă afecţiune
8. Nu îşi salută părinţii
9. Evită contactul cu ceilalţi

10. Nu imită
11. Nu îi place să fie luat şi strâns în braţe
12. Nu împărtăşeşte şi nu arată nimic
13. Nu face "tai-tai"
14. E dezagreabil/neascultător

15. Are accese de furie
16. Nu are prieteni
17. Rareori zâmbeşte
18. E insensibil la sentimentele altora
19. Ii este indiferent dacă este apreciat
20. Este indiferent la plecarea părinţilor

III. Conştiinţă senzorială/cognitivă

1. Răspunde la propriul nume
2. Răspunde la laude, aprecieri
3. Se uită la persoane, la animale
4. Se uită la imagini (inclusiv T.V.)
5. Desenează, colorează, pictează
6. Se joacă adecvat cu jucăriile
7. Are o expresie facială adecvată
8. înţelege poveştile la T.V.
9. înţelege explicaţiile
10. E conştient de mediul înconjurător
11. E conştient de pericole
12. Are imaginaţie
13. Iniţiază activităţi
14. Se îmbracă singur
15. Este curios, interesat
16. Explorează ceea ce are în jur

17. E ancorat în mediu - nu pierdut în spaţiu

IV. Sănătate/Comportament/Condiţie fizică

1. îşi udă patul
2. îşi udă pantalonii/scutecele
3. îşi murdăreşte pantalonii/scutecele
4. Are probleme/tulburări ale somnului
5. Mănâncă prea mult/prea puţin
6. Are o dietă extrem de limitată
7. E hiperactiv

182

Cristina Mureşan

8. E letargic
9. Se loveşte sau se răneşte des
10. îi loveşte sau îi răneşte pe alţii
11. Are tendinţe distructive
12. E ensibil la sunete/zgomote
13. E anxios/temător, fricos
14. Are un aspect nefericit
15. Are accese de furie
16. Prezintă o vorbire de tip obsesiv
17. Prezintă rutine rigide
18. Ţipă, urlă des
19. Doreşte ca lucrurile să rămână neschimbate

20. E deseori agitat

21. Este insensibil la durere

22. Are fixaţii legate de anumite obiecte

23. Face mişcări repetitive

6.4. Importanţa procesului evaluării

1. *Evaluarea contribuie la elaborarea proiectului terapeutic*
într-un prim timp al elaborării proiectului terapeutic, diferitele

evaluări furnizează date comportamentale neuropsihologice care contribuie la alcătuirea unui profil individual al copilului. In funcţie de nivelul de dezvoltare şi de interesele copilului, dar şi de tulburările particulare, sunt definite obiectivele ale căror realizare este progresivă: de exemplu, controlul agitaţiei şi al nerăbdării, prin propunerea unor exerciţii scurte de imitaţie, schimbul elementar de obiecte prin exerciţii de "a da - a lua".

Modificările comportamentului şi progresele neuro-cognitive trebuie evaluate în mod regulat: rezultatele acestor evaluări constituie o nouă bază pentru eventuale ameliorări şi/sau reorganizări ale proiectului terapeutic.

2. *Evaluarea poate să contribuie la prevenirea unor distorsiuni relaţionale precoce*

Deseori dificultăţile repetate în stabilirea relaţiilor între copil şi anturajul său pot fi foarte precoce, dar pot rămâne discrete şi subtile. Ele pot să compromită însă progresiv relaţiile mamă-copil şi să antreneze distorsiuni ulterioare severe.

Evaluarea contribuie nu numai la identificarea precoce a tulburărilor, ci şi la furnizarea unor indicaţii destul de precise familiei pentru ca aceasta să încerce să amelioreze aceste disfuncţionalităţi.

Proiectele terapeutice destinate copilului au în general ca obiective îmbunătăţirea calităţii contactelor vizuale şi posturale, o acceptare mai pronunţată a prezenţei altora şi diminuarea frecvenţei comportamentelor motorii inadecvate şi a celor stereotipe.

Şedinţele de terapie individuală îi sunt propuse copilului, dacă este posibil, în prezenţa mamei. Alegerea diverselor situaţii utilizate pentru realizarea obiectivelor şi derularea şedinţelor depind de diferite elemente de evaluare: nivelul dezvoltării motorii, mintale, a limbajului, intensitatea semnelor funcţionale (atenţie, percepţie). In funcţie de caz, exerciţiile se pot axa mai degrabă pe prelimbaj, pe motricitatea fină şi globală sau pe manipularea simbolică a jucăriilor.

3. *Evaluarea psihologică contribuie la evaluarea eficacităţii terapeutice*

Fiecare dintre instrumentele utilizate în cadrul explorării funcţiilor neurocognitive, neurofiziologice, permite şi evaluarea eficacităţii terapiei. Consecinţele acestor evaluări sunt reajustările psihoeducative sau farmacologice constante. Astfel, un copil stabilizat pe plan comportamental poate să acorde o atenţie mai mare persoanelor din jur, să-şi amelioreze schimburile cu acestea şi să realizeze obţinerea acelor abilităţi sociale care îi vor facilita autonomia.

în domeniul farmacologic este posibilă prefigurarea unor ajustări de doze, prin modificarea schemei terapeutice, prin repartiţia dozelor de medicamente pe zi.

In domeniul psihoeducativ pot fi abandonate parţial sau total anumite exerciţii şi pot fi propuse altele noi, mai adecvate. Efectuarea unor noi evaluări permite notarea eficienţei acestor ajustări.

Examenul psihologic al copiilor autişti este fără îndoială indispensabil, fiind util deopotrivă în diagnosticare şi terapie. El se înscrie în perspectiva teoretică a psihologiei dezvoltării cuprinzând instrumente de evaluare *clasice* şi *specifice (clasice,* pentru determinarea nivelului şi profilului dezvoltării copilului; *specifice,* pentru explorarea funcţiilor cognitivo-sociale care sunt alterate în mod special). Aceste evaluări furnizează orientarea proiectului terapeutic individualizat şi permit totodată aprecierea eficacităţii tratamentelor.

6.5. Evaluarea "ecologică" a unui copil autist

Aşa cum se cunoaşte deja, Kanner (1943) a descris 11 copii prezentând o serie de simptome neobişnuite a fi reţinute în acea perioadă. Unele dintre acestea se refereau la probleme alimentare, la o apreciere deosebită pentru muzică, la o memorie ieşită din comun, la o dezvoltare motorie întârziată, un coeficient de inteligenţă care putea ajunge la 140, la inversiunea pronominală, aceste simptome nefiind însă prezente la toţi copiii descrişi. Exista, cu toate acestea, o trăsătură autistică ce era caracteristică şi care includea incapacitatea de a stabili relaţii cu ceilalţi, înlocuită de relaţionarea obsesivă cu unele obiecte, dorinţa de menţinere a unui mediu neschimbat şi dificultăţi de comunicare, luând forma mutismului sau ecolaliei.

Aşa cum afirmam, cercetări mai recente asupra autismului confirmă în mare măsură observaţiile lui Kanner şi, cu toate controversele marcate asupra etiologiei şi terapiei autismului, se poate spune că există la ora actuală o "concepţie clasică" legată de comportamentul copiilor autişti, care derivă în mod esenţial din trei surse: examinările psihiatrice instituţionale, cercetările de laborator şi informaţiile obţinute de la părinţi.

Studiul prezentat în cele ce urmează iniţiat de Lichstein (1976) examinează un copil autist dintr-o perspectivă ecologică, fiind vorba de observaţii realizate în mediul vieţii sale cotidiene. în afara culegerii informaţiilor despre comportamentul "natural" al unui astfel de copil, scopul studiului include şi aplicaţiile clinice ale acestei abordări evaluative, precum şi măsura în care comportamentul copilului este dependent de situaţie, reacţiile, răspunsurile observate şi legăturile existente între acestea, în vederea construirii unui program educativ coerent şi util.

Copilul în cauză este un băiat, care în momentul introducerii terapiei avea 5 ani şi 3 luni. Sora mai mare cu 3 ani, descrisă ca un copil sensibil şi predispus la crize de furie, esenţialmente normală, frecventează o şcoală normală. Tatăl este absolvent al unui colegiu, iar mama este absolventă de liceu, familia aparţinând clasei de mijloc.

Atât sarcina, cât şi naşterea s-au desfăşurat normal. Părinţii afirmă faptul că nu au constatat existenţa vreunei probleme în primul an de viaţă al copilului. Ei îl descriu ca pe un sugar liniştit, uşor de îngrijit, cu obişnuita emitere de vocalize caracteristică oricărui copil.

De asemenea, părinţii nu-şi amintesc existenţa vreunei tendinţe de a face gesturi inadecvate, în momentul în care îl luau în braţe.

La aproximativ 1 an, părinţii au devenit conştienţi de balansările din ce în ce mai frecvente ale copilului; acesta a început să meargă doar la 18 luni, vârstă până la care limbajul nu se dezvoltase. Medicul de familie a semnalat cazul în momentul în care copilul avea 2 ani. La această vârstă, el părea să nu răspundă la solicitările anturajului şi în general, la mediul care-l înconjura. S-a pus problema unei surdităţi posibile, dar aceasta a fost exclusă în urma testării audiologice. A fost momentul în care diagnosticul de autism infantil a fost luat în discuţie pentru prima dată. Copilului i-au fost făcute o serie de examinări: studiu cromozomial, studiul aminoacizilor, EEG, o analiză a nucleopolizaharidelor, toate acestea dovedindu-se a fi negative.

Pe parcursul unui an, între 2 ani şi jumătate şi 3 ani şi jumătate, copilul a fost integrat într-un program intensiv de modificare a comportamentului, tratamentul având însă efecte minime. S-a încercat şi un tratament medicamentos cu o serie de neuroleptice şi psihotrope, dar şi acestea au fost relativ inutile, cu excepţia Ritalinului, care conform spuselor mamei, i-ar fi crescut hiper-activitatea. In momentul efectuării studiului, copilul nu este supus vreunui tratament medicamentos.

Cu aproximativ 4 luni înainte ca acest studiu să debuteze, copilul a fost inclus într-un program terapeutic la o şcoală pentru deficienţi, unde a rămas timp de un an. Terminarea studiului coincide cu transferarea sa la un centru rezidenţial pentru copii autişti.

Părinţii îşi descriu copilul ca fiind rece din punct de vedere emoţional şi dezinteresat de contactele umane. Nivelul său de activitate este ridicat, copilul angajându-se frecvent în

adoptarea unor posturi de tip ritualic. El manifestă un comportament autodistructiv şi de agresivitate faţă de partenerul uman, precum şi faţă de obiecte. în afara unor rare reprize ecolalice, el rămâne esenţialmente mut. Persistă însă problemele de igienă şi obiceiurile alimentare neadecvate.

Pentru a studia apariţia spontană a diverselor comportamente la acest copil, au fost observate o serie de activităţi de rutină, în trei medii diferite. Aceste medii erau relativ neasemănătoare şi au fost alese pentru a examina efectul pe care îl pot avea asupra comportamentului.

**Acasă*

Observaţiile au fost realizate în cursul după-amiezii târzii, în jurul-orei 16.00, deoarece copilul sosea de obicei de la şcoală la ora 15.30. Perioada observaţiei s-a desfăşurat într-un timp relativ nestructurat. Sora mai mare se afla şi ea acasă în aproximativ 40% din perioadele de observaţie, iar în jumătate dintre şedinţele în care ea era prezentă, mai apărea şi cel puţin o prietenă a acesteia. Mama era fie implicată în treburi gospodăreşti, fie în diversele activităţi cu copilul, iar tatăl era rareori prezent.

Copilul era liber să se mişte prin casă şi să fie angajat în activităţi pe care şi le alegea singur. I s-a pus la dispoziţie o varietate mare de jucării, dar au fost stabilite şi o serie de reguli:

- nu avea voie să se preteze la acte agresive sau distructive;

- nu avea voie să deschidă frigiderul;

- nu avea voie să intre decât într-un singur dulap;

- nu avea voie să se dezbrace.

Specificarea regulilor în acest mediu, ca şi în celelalte, era necesară în scopul cotării opoziţiei (O) în sistemul de cotare a comportamentului. Primele 32 şedinţe de observaţie în acest mediu au fost efectuate zilnic, cu excepţia sfârşitului de săptămână. Ultimele 41 şedinţe au fost realizate trei zile pe săptămână, luni, miercuri şi vineri. In cursul studiului, unele observaţii au trebuit să fie anulate datorită unor cazuri de boală sau unor alţi factori externi. în plus, studiul a inclus şi două vacanţe de una, respectiv două săptămâni. In concluzie, pentru acest mediu, au fost înregistrate 73 şedinţe, pe o perioadă de aproximativ 6 luni.

**Şcoala (dimineaţa)*

In acest mediu observaţiile au fost realizate dimineaţa în jurul orei 10.00. In acest caz, situaţia de clasă era structurată; în fiecare şedinţă erau prezenţi un profesor şi în medie 3-5 alţi copii. Copiii din clasă erau încadraţi în grupe diferite de deficienţi, clasificate în mare parte în funcţie de retardul mintal. Copilul luat în studiu era singurul diagnosticat ca autist. Profesorul folosea metoda activităţilor de grup în jurul unei mese rotunde, reducând preferinţele idiosincratice printre copii şi încurajând astfel şi comunicarea.

Regulile impuse copilului în acest mediu au fost următoarele:

- nu avea voie să fie angajat în activităţi agresive sau distructive;

- când clasa era angajată în activităţi în jurul mesei, nu avea voie să-şi părăsească locul fără permisiunea specială a profesorului;

- nu avea voie să recurgă la autostimulare neobişnuită. Observaţiile au fost efectuate în două secvenţe: prima a

început aproximativ la o săptămână după ce au debutat cele de acasă, continuând pentru o perioadă de cinci săptămâni (22 şedinţe). Cea de a doua secvenţă a continuat pentru aproximativ opt săptămâni (20 şedinţe), încheindu-se odată cu studiul, observaţiile având loc 3 zile pe săptămână. Au fost folosiţi doi profesori diferiţi în cele două secvenţe, structura clasei rămânând aceeaşi. S-au înregistrat în total 42 şedinţe în acest mediu.

Şcoala (după-amiaza)

Observaţiile au avut loc după-amiaza în jurul orei 13.30. In cea mai mare parte a fost vorba de o situaţie nestructurată, în care copilului i se acorda toată atenţia, un profesor fiind desemnat să se ocupe exclusiv de el. In măsura în care condiţiile meteorologice permiteau acest lucru, profesorul şi copilul îşi petreceau timpul în aer liber. Copilul era practic în permanenţă îndemnat să fie în mijlocul altor copii sau măcar în proximitatea acestora. In medie, în fiecare şedinţă 3 copii erau suficient de aproape pentru ca să apară o interacţiune socială. Şi aici, ceilalţi copii prezentau tipuri diferite de retardare mintala.

In acest mediu nu existau reguli, fiind vorba de un nivel mai ridicat de acceptare şi permisivitate.

Observaţiile au avut loc în aceleaşi zile ca cele de dimineaţă. Trei profesori diferiţi şi-au asumat responsabilitatea pentru copil în cele două secvenţe. In cea de a doua secvenţă, a fost introdusă o gustare de 10 minute pentru copil, la începutul fiecărei observaţii, fiind înregistrate în acest mod 42 şedinţe în acest mediu.

Sistemul de codare comportamentală

Sistemul de codare elaborat de Wahler, House şi Stambaugh (1977) a fost folosit în acest studiu, fiind considerat cel mai adecvat în condiţiile date. Cu toate acestea, datorită naturii idiosincratice a unor comportamente, unele aspecte ale definiţiilor categoriale originale au

trebuit modificate pentru o evaluare corectă a comportamentelor. Au fost folosite 23 categorii, dintre care 16 descriu comportamentele-răspuns ale copilului şi 6 descriu comportamentele-stimuli ale adulţilor şi ale celorlalţi copii. O ultimă categorie *slash* indică faptul că nu au apărut răspunsuri cotabile în intervalul respectiv.

Sistemul de codare după Wahler, House şi Stambaugh (1977)

Codul	Descrierea
Conformare (C) *Compliance*	Cotat pentru ascultarea, conformarea fată de o comandă.
Opoziţie (0) *Opposition*	Cotat pentru opoziţia faţă de instrucţie sau nerespectarea unei reguli.
Opoziţie aversivă (0-) *Avers ive opposition*	Cotat pentru agresiunea fizică îndreptată spre sine sau spre alţii, crize de furie violente.
Planşete, lamentări (PL) *Complaint*	Cotat pentru scânceli, planşete, rezistenţă fizică în faţa altor persoane sau a instrucţiei primite.
Autostimulare (AS) *Self-stimulation*	Cotat pentru manipularea repetitivă unei părţi a propriului corp.
Jocul cu obiecte *(JO)Object play*	Cotat pentru manipularea repetitivă, fără scop, a unui obiect, jucării.
Codul	Descrierea
Noninteracţiune susţinută (NI) *Sustained Non-interaction*	Cotat pentru absenţa interacţiunii semnificative cu obiecte sau persoane; ea trebuie să apară în intervalul de 10 secunde.
Vocalizare (V) *Vocalization*	Cotat pentru orice sunet audibil emis de copil,
	se cotează şi în cazul unui plânset,

	de asemenea tusa, strănutul; se poate cota împreună cu alte coduri de apropiere, dacă reprezintă răspunsuri la acestea.
Autostimulare neobişnuită (AN) *Unusual self-stimulation*	Cotat pentru manipulări neobişnuite ale propriului corp. în cazul copilului de faţă, este reprezentată de legănări ale corpului sau răsuciri ale degetelor fără motive | aparente. Copilul poate să stea jos sau să fie în picioare în momentul cotării. De exemplu, el poate să-şi scarpine piciorul în timp ce se leagănă înainte-înapoi; se cotează atunci cu (AS) şi (AN).
Jocul susţinut cu jucării (JSJ) *Sustained Toy Play*	Cotat pentru folosirea obiectelor pentru joacă, nu simplul joc cu obiecte (JO).
Munca susţinută *Sustained Work* (MS) *Sustained school-work* (MSs)	Cotat pentru comportamente orientate către sarcină acasă sau la şcoală. Datorită apariţiei rare a acestor comportamente, s-au condensat într-o singură categorie (MS) şi (MSs).
Apropiere de adult (Aa) *Approach Adult*	Cotat pentru iniţierea de către copil a interacţiunii cu adultul.
Apropiere de copil (Ac) *Approach Child*	Cotat pentru iniţierea de către copil a interacţiunii cu un copil.
Interacţiune socială cu adultul (ISa) *Social Interaction with an Adult*	Cotat pentru răspunsul copilului la acţiunile adultului.
Interacţiune socială cu un copil (ISc) *Social Interaction*	Cotat pentru răspunsul copilului la acţiunile unui alt copil.

with a Child	
Slash (SL)	Simplu indicator; nu a apărut în intervalul respectiv vreun comportament cotabil.
Participare susţinută (PS) *Sustained Attending*	Cotat pentru urmărirea pasivă a unui eveniment.

Codul	Descrierea
Instrucţie neaversivă a adultului (Ia+) *Nonaversive Adult Instruction*	Cotat pentru comenzile adultului.
Instrucţie aversivă a adultului (Ia-) *Aversive Adult Instruction*	Cotat pentru comenzile date de către adult în manieră punitivă, ostilă.
Atenţie socială neaversivă a adultului (ASa+) *Nonaversive Adult Social Attention*	Cotat pentru interacţiunea socială a adultului cu copilul, fără includerea instrucţiilor (Ia+) şi (Ia-).
Atenţie socială aversivă a adultului (ASa-) *Aversive Adult Social Attention*	Cotat pentru interacţiunea adultului cu copilul, în manieră ostilă, punitivă.
Atenţie socială neaversivă a unui copil (ASc+) *Nonaversive Child Social Attention*	Cotat pentru interacţiunea altui copil cu subiectul.
Atenţia socială aversivă a unui copil (ASc-) *Aversive Child Social Attention*	Cotat pentru interacţiunea ostilă a altui copil cu subiectul.

Comportamentele au fost înregistrate în funcţie de apariţia lor într-un interval de 10 secunde, cu un interval de 5 secunde pentru înregistrarea care separă fiecare interval de observaţie. Compor-

tamentele care apăreau în aceste 5 secunde nu au fost luate în considerare. Fiecare şedinţă de observaţie a durat aproximativ 30 minute, fiind înregistrate 120 asemenea şedinţe.

în cursul studiului, observaţiile au fost înregistrate de către 7 studenţi, cărora le-au fost necesare aproximativ 15 ore de instruire pentru cunoaşterea definiţiilor şi procedurilor de observaţie. Observatorii au avut obligaţia de a se face cât mai puţin remarcaţi, minimalizând astfel valoarea lor stimulativă, trebuind să stea cât mai departe de copil, aproximativ 3 m, evitând şi contactul vizual cu copilul, ignorând orice încercare de apropiere din partea acestuia.

Analiza datelor şi rezultate obţinute

în cadrul studiului s-a realizat o examinare a covarianţei între comportamente de-a lungul şedinţelor pentru analiza clasei răspunsurilor şi a interacţiunilor stimul-răspuns. S-a folosit în acest scop o analiză de clusteri.

Datele au fost reprezentate de procentajul apariţiilor pentru fiecare categorie în fiecare şedinţă. în medie, două sau trei intervale nu au fost înregistrate în fiecare şedinţă, datorită faptului că subiectul a fost temporar pierdut din vedere sau datorită altor factori externi. Frecvenţa distribuţiei procentajelor, apariţiei lor pentru fiecare categorie nu a respectat cerinţele unei distribuţii normale. în consecinţă, datele au fost normalizate prin metoda medianei, prin convertirea la scoruri T. în fiecare mediu, un număr de categorii au fost omise din analiza de clusteri. Acele comportamente care nu au apărut în cel puţin 75% din şedinţe şi al căror procentaj de apariţie mediu pe sesiune a fost mai mic de 2% au fost prea asimetrice pentru a fi normalizate. Aceste comportamente erau, în esenţă, absente din repertoriul copilului şi nu se găseau în covarianţă cu răspunsul măsurat sau cu stimulul.

Pentru a investiga în continuare problemele legate de variabilitatea comportamentului copilului inter- şi intramediu, s-au folosit şi corelaţii Spearman şi *test t.* Aceste metode s-au utilizat în două moduri: pentru a compara frecvenţa comportamentelor între medii şi în cadrul mediilor.

Au fost utilizate o serie de proceduri empirice pentru creşterea clarităţii prezentării şi pentru înţelegerea mai bună a datelor. S-a urmărit frecvenţa noninteracţiunii susţinute (NI) pentru ilustrarea fluctuaţiilor zilnice ale unui comportament specific pentru copil.

Comportamentul acestui copil autist se găseşte în relaţie de variantă cu noţiunea clasică de autism. La niveluri succesive de analiză, de la corelaţiile Spearman, la *testele t* şi la analiza de cluster, variabilitatea comportamentului copilului devine din ce în ce mai vizibilă. în timp ce comportamentele patologice sunt în general acuzate, iar cele constructive sunt destul de rare, comparaţiile între categoriile comportamentale atât în cadrul mediilor cât şi între medii au demonstrat existenţa schimbărilor marcate.

Impresiile informale derivate din petrecerea timpului cu copilul reflectă concluziile trase din datele analizei. La un moment dat acesta râde deoarece a văzut ceva caraghios, la un altul poate "lucra" intens la un obiect şi la un altul se poate balansa înainte şi înapoi, în timp ce fixează un anumit punct în spaţiu.

La acest copil nu a putut fi detectată o dorinţă de păstrare a mediului neschimbat; de asemenea, nu au apărut comportamente disruptive şi de lamentare, care ar rezulta dintr-o astfel de dorinţă obsesivă. în locul formulării unei concluzii conform căreia acest copil nu ar fi autist, se sugerează faptul că termenul autism nu reprezintă un sindrom comportamental monolitic, ci o diversitate comportamentală marcată de teme simptomatice care demonstrează existenţa unei variabilităţi între copiii autişti, în acelaşi sens în care copilul autist investigat prezenta variabilitate a comportamentului între medii.

într-un studiu efectuat de Lovaas, Litrownik şi Mann (1971) s-a demonstrat faptul că, la o sarcină simplă de discriminare dată unor copii autişti, aceştia, în momentul în care nu executau acţiuni de autostimulare, deveneau mai conştienţi de stimulii externi, fiind deci mai receptivi faţă de aceşti stimuli. Se pare că aceşti copii pot procesa în mod adecvat anumiţi stimuli doar printr-o singură modalitate perceptivă (în acelaşi timp). Dacă însă sunt cuprinşi într-o activitate de autostimulare, tactilă sau kinestezică, stimularea vizuală sau auditivă este înregistrată parţial sau deloc.

O altă abordare a comportamentelor autostimulatorii poate fi făcută prin prisma luării în considerare a rolului atenţiei sociale neaversive a adulţilor (ASa+). Relaţia inversă dintre (ASa+) şi comportamentele patologice autostimulative neobişnuite acasă (AN), noninteracţiunea susţinută (NI) la şcoală dimineaţa şi autostimularea neobişnuită la şcoală după-amiaza necesită o atenţie generală, în special în privinţa consistenţei corelaţiei negative dintre (ASa+) şi (JO), (NI) şi (AN) în toate mediile. Atenţia îndreptată către mediu

aduce după sine, la copilul studiat, o diminuare a comportamentelor patologice. Este posibil ca o creştere a (Asa+) să fie datorată perceperii copilului de către adult ca fiind mai receptiv în aceste perioade, răspunsul din partea adultului fiind corespunzător.

In acest caz, (Asa+) nu are un efect direct asupra apariţiei comportamentelor patologice. Sau (Asa+) ar fi putut apare în cursul comportamentelor patologice şi să întrerupă secvenţa autostimulatorie, reîndreptând atenţia copilului către mediu, în concordanţă cu

selectivitatea perceptivă. Ca o a treia explicaţie s-ar putea ca (Asa+) să fie prezentă în mod continuu, în absenţa varietăţii comportamentelor autostimulatoare, sugerând faptul că (JO), (NI) şi (AN) au scăzut în intensitate prin reîntărirea diferenţială a altor comportamente.

Expresia dragostei necondiţionate şi dezvoltarea relaţiilor obiectuale între copilul autist şi terapeut sunt procedurile de bază ale terapiei psihanalitice aplicate copiilor autişti în special de către Bettelheim (1967). Mai recent, o abordare analitică a tratamentului copiilor autişti, numită "terapie structurală", accentuează importanţa întreruperii comportamentelor autostimulatorii ale copilului, aşa cum arăta Ward (1972).

Deşi constructele elaborate de scriitorii şi cercetătorii psihanalişti nu au fost demonstrate, există o oarecare potrivire între poziţiile lor şi fenomenele observate în acest studiu. Ceea ce s-a văzut în mod clar este faptul că, de exemplu, copilul investigat părea cel mai destins, cel mai "sănătos" în cadrul şedinţelor desfăşurate la şcoală după-amiaza. S-a sugerat, (deşi faptul nu a fost demonstrat) că nivelul ridicat al (Asa+) a contribuit în mod semnificativ la îmbunătăţirea stării copilului.

Concluzii

Abordarea "ecologică" a evaluării, bazându-se pe un spectru larg de comportamente în diferite medii, ia în considerare subiectul într-o manieră ignorată de tehnicile evaluative tradiţionale. Rezultatele acestui studiu pot fi rezumate în următoarele idei:

1. Copilul autist luat în studiu manifestă o mare diversitate de comportamente în cursul timpului într-un anumit mediu dar şi în mai multe medii.

2. Copilul manifestă o absenţă marcată a relaţiilor cu alţi copii non-autişti. El demonstrează o reacţie de răspuns crescută faţă de adulţi.

3. Au fost identificate clase de răspunsuri care reflectau o corelaţie inversă între comportamentele autostimulatoare şi capacitatea de atenţie şi răspuns la mediu a copilului.

4. Nivelurile crescute ale atenţiei sociale faţă de adulţi s-au dovedit a fi în strânsă legătură cu reducerea apariţiei comportamentelor autostimulatoare.

5. Programele de intervenţie ar putea anticipa creşterea inadvertenţă a unor comportamente indezirabile, însoţită de suprimarea planificată a altora.

Am ales în mod deliberat acest exemplu pentru a da măsura unui experiment complet în ceea ce priveşte observarea atentă, în condiţii de mediu diferite, a copilului autist. Numai pornind de la asemenea investigaţii multiple se poate ajunge la o terapie adecvată şi personalizată.

7. MODALITĂŢI TERAPEUTICE FOLOSITE ÎN AUTISMUL INFANTIL

Din multiplele cercetări realizate de-a lungul timpului a reieşit că autismul nu poate fi propriu-zis vindecat (cu toate că unii autori au afirmat contrariul), dar se poate evita cel puţin agravarea deficitului atât pe plan intelectual cât şi emoţional.

Copiii autişti, cu un deficit de dezvoltare, nu sunt probabil "vindecabili" pentru că "edificiul" este construit pe fundaţii şubrede. Dar şi aici există nuanţe, căci dacă originea autismului este metabolică sau imunitară, o intervenţie la nivelul chimiei celulare poate modifica evoluţia subiectului. Dacă originea este genetică, lucrurile se complică, intervenţia asupra cromozomilor fiind de domeniul viitorului. Tot ce se poate face în acest caz este prevenirea precoce a mamei (aşa cum se procedează în trizomia 21), aceasta urmând să ia decizia pe care o consideră adecvată.

Aşa cum aminteam mai sus, în funcţie de etiologia sindromului, multiple tratamente diferenţiale au încercat, într-o perspectivă realistă, dacă nu să vindece, cel puţin să reducă simptomatologia. Cercetările contemporane s-au axat îndeosebi tocmai pe circumscrierea mecanismelor etiologice, încercând, prin analize de fineţe, să individualizeze şi să propună terapii punctuale.

Astfel, Mary Coleman (1986) propune două categorii de terapii posibile. Mai întâi, este vorba de cele care vizează corectarea anomaliilor biochimice nespecifice ale sângelui, urinei, LCR sau ale celulelor, anomalii care pot avea raport cu boala, dar care nu sunt identificate ca factori etiologici subiacenţi. Există apoi tratamente care *nu* sunt absolut deloc specifice, ca majoritatea tratamentelor medicamentoase, destinate să corecteze simptomele clinice, indiferent de factorii etiologici.

Tratamentul autismului face apel la un demers multi-disciplinar, necesitând colaborarea medicului, a psihologului, a educatorului şi a părinţilor. Fiecare copil este o fiinţă umană diferită, fragilă şi sensibilă; el necesită, deci, o bază individuală de tratament, stabilită în urma unui bilanţ medical adecvat şi a unor evaluări psiho-

educative inteligente şi creative, chiar dacă refuzul subiectului autist de a coopera nu face decât să sporească dificultăţile problemei.

Obiectivul prioritar al oricărui tratament este ameliorarea condiţiilor de viaţă ale copilului. La majoritatea subiecţilor care prezintă semnele evidente ale unei întârzieri în dezvoltare, prima premisă a tratamentului ar putea fi încurajarea evoluţiei limbajului, a autonomiei şi a aptitudinilor sociale şi şcolare.

Un alt domeniu în care majoritatea copiilor autişti au nevoie de ajutor, este acela al ameliorării simptomelor comportamentale: hiperactivitatea, izolarea, stereotipia, autostimularea, agresivitatea sau comportamentele socialmente inacceptabile.

7.1. Tratamente destinate corectării anomaliilor biochimice

în domeniul biochimiei există astăzi două repere care au reţinut atenţia cercetătorilor şi au dus la elaborarea unei linii de tratament:

a. circuitul catecolaminelor şi a metaboliţilor lor în sânge;

b. metabolismul serotoninei.

Tentativele terapeutice destinate modificării traseelor catecolaminelor nu au dat însă rezultate deosebit de semnificative. Au fost efectuate o serie de experimente consacrate studiului vitaminei B_6 şi ale asociaţiei B_6 - magneziu asupra subiecţilor. S-a demonstrat astfel că piridoxina, cu sau fără magneziu, ar putea fi eficientă pentru controlul simptomelor clinice în cadrul unei subgrupe de copii autişti.

Studiile asupra metabolismului serotoninei au avut ca scop în unele cazuri, creşterea rezervelor, iar în altele scăderea acestora. Datorită complexităţii interrelaţiilor între neurotransmiţători şi multiplele etiologii ale autismului, nu este de mirare faptul că aspectele relevate în cercetare au apărut ca fiind contradictorii.

Cercetările legate de utilizarea vitaminei B_6 în tratamentul copiilor autişti au început în cursul anilor '60. Doi neurologi englezi, A.F. Heely şi G.E. Roberts au semnalat, în 1966, faptul că la administrarea unor doze masive de triptofan (cu titlu de încercare), 11 copii autişti din 19 secretau cantităţi anormale de metaboliţi, fapt constatat din analizele de urină. Administrarea unui singur comprimat

de 30 mg de vitamină B_6 la aceşti copii, a avut ca efect regularizarea urinei; nu a fost realizat însă nici un studiu comportamental pentru subiecţii în cauză.

De asemenea, cercetătorii germani semnalează faptul că unii dintre pacienţii lor autişti au dovedit o ameliorare considerabilă a comportamentului după ce li s-au administrat doze puternice de vitamină B_6 (100 până la 600 mg pe zi). Mai mult, în cadrul acestui studiu, trei dintre pacienţi au vorbit pentru prima dată, ca urmare a ingerării vitaminei.

B. Rimland (1964) a realizat un studiu la o scară mai mare, în care a inclus 200 de copii autişti, cărora Ie-a administrat megadoze de vitamine B_6 şi C, niacinamidă şi acid pantotenic, combinate cu comprimate de multivitamine concepute special. La sfârşitul acestui studiu cu o durată de patru luni, a devenit evident faptul că din cele patru vitamine, vitamina B_6 a fost cea mai importantă. 30-40% dintre copii au realizat progrese semnificative, chiar dacă unii au avut manifestări secundare minore (iritabilitate,

sensibilitate mai mare la sunete şi enurezis). Aceste inconveniente s-au estompat însă rapid la administrarea unor suplimente de magneziu.

La un al doilea studiu realizat de acelaşi autor, administrarea vitaminei B_6 în asociere cu magneziu la 16 copii autişti a dus la concluzia că acestea au ca efect o ameliorare a contactului vizual, o diminuare a comportamentelor autostimulatorii, o creştere a interesului pentru lumea înconjurătoare, o diminuare a crizelor de furie şi o dezvoltare a capacităţilor discursive. Nu este vorba aici de vindecare, ci doar de dobândirea unor manifestări mai apropiate de cele normale.

Studiile s-au răspândit cu repeziciune şi în lumea ştiinţifică din Franţa, G. Lelord şi colaboratorii săi devenind, în urma propriilor experienţe, adepţi ai acestei metode. Ei au măsurat nu numai comportamentul copiilor autişti, dar şi cantitatea de acid homovanilic şi a altor metaboliţi secretaţi în urină. In plus, aceşti cercetători au efectuat o serie de studii în cursul cărora au fost analizate efectele vitaminei Bâ şi ale magneziului asupra activităţii electrice a creierului subiecţilor. Fiecare din aceste analize a dovedit existenţa unor rezultate pozitive.

Vitamina C prezintă, de asemenea, numeroase avantaje pentru cortex şi pentru corp. S-a vorbit însă relativ puţin de potenţialul pe care îl deţine pentru prevenirea şi tratamentul autismului. Vitamina C se regăseşte în concentraţie ridicată în creier, dar nu este încă pe deplin elucidat rolul pe care îl joacă în funcţionarea cerebrală. Acest lucru nu este un impediment major deoarece se ştie că o carenţă de vitamina C determină ca prime semne confuzie şi depresie. Această vitamină permite creşterea cogniţiei, aşa cum s-a putut constata la copiii normali şi ia cei trisomici, care au obţinut rezultate mai bune la testele de aptitudini intelectuale. Alte studii au demonstrat o ameliorare a EEG şi a atenţiei.

In general, se spune că vitamina C joacă un rol important în creşterea rezistenţei la viruşi şi bacterii. Dar, se pare că este mai mult decât un agent antimicrobian. Studiile realizate recent au constituit încercări care au durat 30 săptămâni şi au constat în administrarea unor doze de 52 mg pe zi la 18 copii autişti (în vârstă de 6-l8 ani). A fost notată o ameliorare marcată în plan statistic a rezultatelor. Care este însă doza adecvată care trebuie administrată? Nu se ştie cu certitudine, dar este propusă doza de "toleranţă intestinală" ca metodă de determinare a necesarului de vitamină C.

Studiile efectuate au relevat o serie de ameliorări în planul personalităţii la unii pacienţi cu diagnostic psihiatric, cărora li s-a administrat vitamina C. De exemplu, s-a constatat o ameliorare considerabilă a trăsăturilor depresive, maniace şi paranoide, precum şi o creştere a funcţionării globale a personalităţii. Cercetările au arătat că vitamina C ameliorează de asemenea starea pacienţilor suferind de depresie şi de psihoză maniaco-depresivă, care, în unele cazuri pot fi legate de autism în plan genetic.

7.2.Tratamente medicamentoase

Timp de mai multe decenii s-a încercat, prin tatonări, identificarea unor medicamente susceptibile să reducă unele simptome prezentate de copiii autişti. Datorită succesului obţinut cu ajutorul unor medicamente în schizofrenia adultului, cercetătorii au început să exploreze diverşi agenţi psiho-activi şi la copiii prezentând simptome psihiatrice, incluzând aici şi grupe de copii autişti. In tratamentul medicamentos al autismului, principiul aplicat este identic cu cel al

oricărui fel de terapie: cu cât copilul este mai mic, cu atât rezultatele sunt mai bune. De aceea, atâta vreme cât un medicament nu a fost încercat la copii foarte mici (2-3 ani), el nu poate fi eliminat ca tratament posibil.

In cursul anilor, încercările clinice ale unor medicamente din ce în ce mai sofisticate au permis o mai clară abordare a acestei modalităţi terapeutice. S-a demonstrat, de exemplu, că haloperidolul permite reducerea a două din principalele simptome ale autismului: izolarea şi stereotipiile. O altă descoperire majoră a fost aceea că asocierea haloperidolului cu un antrenament comportamental al limbajului este superioară aplicării celor doua procedee luate separat. Se pare însă că haloperidolul are efecte secundare indezirabile pe termen lung. Unul dintre aceste efecte ar fi diskinezia tardivă, adică apariţia unor mişcări involuntare anormale (coreiforme, atetozice, mioclonice, distonice).

în concluzie, se poate afirma că psihofarmacologia copiilor şi adolescenţilor autişti rămâne încă în stadiu embrionar, neputându-se considera superioară altor tratamente.

7.3. Terapia psihanalitică

Franşoise Dolto (1985), îmbrăţişând concepţia psihanalitică asupra autismului, afirmă că, de fapt, acesta nu există la naştere. El este "fabricat", se constituie ca un proces reactiv de adaptare în încercarea de realizare a identităţii. Aceasta este percepută ca o stare traumatizantă care îl face pe copil să-şi piardă relaţia afectivă ce-l leagă de mamă sau îi împiedică evoluţia senzorială. Evenimentul are loc fie în primele zile de viaţă, fie între 4-l0 luni.

Depistat din timp, copilul este recuperabil, în concepţia autoarei. Aşa după cum am văzut, autistul se ascunde într-un climat solitar, în limbajul interior; el îşi pierde capacitatea de comunicare cu celălalt. Dar această stare de non-comunicare începe lent. Presupunând că, între 4-9 luni, s-a produs un eveniment (deseori acesta poate fi absenţa mamei, întreruperea bruscă a ritmului de viaţă insuficient motivată, sau pur şi simplu un fapt inexplicabil de scurtcircuitare a relaţiei), atunci când mama reuşeşte să găsească toate detaliile evenimentului declanşator, ea poate să-şi elibereze copilul de

această stare, găsind momentul şi cuvintele pentru a-i restitui relaţia pretraumatică.

Sfatul dat de F. Dolto vizează conştientizarea, prin limbaj, a evenimentului: "Fără a-l îmbrăţişa, înaintea somnului, spuneţi-i copilului ce s-a întâmplat". F. Dolto este de părere că inadaptarea, blocajul ce intervine, se datorează absenţei cuvintelor care să explice circumstanţele, dificultăţile prin care copilul sau/şi mama au trecut.

Copiii pot fi deci recuperaţi povestindu-li-se originea rupturii. Dacă însă le vorbeşte o altă persoană decât mama, ei sunt susceptibili să realizeze un transfer regresiv. Ei operează mai întâi un transfer de Ia relaţia cu mama la cea cu terapeutul, de care trebuie mai apoi să se debaraseze pentru a putea să intre în relaţie (fără a se ataşa în manieră regresivă) cu o altă persoană care va fi eventual tutelară. De aceea, relaţia cu terapeutul trebuie să fie doar una de comunicare verbală, nu şi una afectivă.

Psihanaliza nu exclude însă asistenţa socio-pedagogică pe care o necesită aceşti copii, deşi ei par, practic "impermeabili" şi dezvoltă chiar o fobie faţă de relaţiile care s-ar putea stabiliza. Am putea spune că se feresc să iubească şi să fie iubiţi.

Fiecare distorsiune a relaţiilor este de altfel exprimată la sugari prin tulburări funcţionale. La un copil mai mare, ea se traduce somatic. Dacă mama îl părăseşte, suferinţa copilului se poate exprima printr-o bronşită sau rinofaringită. El face deci o boală reactivă, iar aceasta este de fapt un semn de suferinţă psihică pentru că starea congestivă se instalează în chiar locurile private de relaţia structurantă.

Mama (sau înlocuitoarea sa) va trebui să-i explice că este iubit în continuare, chiar dacă ea trebuie să plece, că nu-l uită şi că o anume persoană se va ocupa de el. Reacţiile la schimbare pot îmbrăca altminteri forme dramatice. Copiii pot face otite repetitive şi deveni semisurzi refuzând să audă că situaţia li se va schimba. Surditatea indusă va duce inevitabil la retardare.

Este mai uşor să previi decât să vindeci. Astfel, devine extrem de important ca nou-născutul să audă inflexiunile vocii mamei sale, să îi simtă mirosul. Dacă mama trebuie să se odihnească şi altcineva îi ia locul pentru a-i da să mănânce, de exemplu, copilului trebuie să i se explice totul. Multe mame nu ştiu să le vorbească noilor născuţi despre ele şi sunt mirate când alte persoane realizează un raport de comunicare cu nou-născutul. Nu de puţine ori, în atare situaţii, poate interveni gelozia mamei, teama de a pierde dragostea copilului; în loc

să suplinească printr-un surplus comunicaţional relaţia carenţială, mama îşi păstrează atitudinea de non-comunicare.

Toţi autiştii sunt supradotaţi pentru relaţia umană şi totuşi ei se află într-un „deşert comunicativ". Autismul nu există la animale, el este specific uman. Aşa cum aminteam mai sus, el se instalează într-o carenţă relaţională. De aceea, există păreri conform cărora

copiii alăptaţi suferă rareori de autism, acesta fiind mult mai frecvent la cei hrăniţi cu biberonul.

Citǎm cuvintele lui F. Dolto ce exprimă plastic universul acestui prezent-absent care este autistul: "Autiştii nu ştiu cine sunt, corpul nu le aparţine. Spiritul lor este nu se ştie unde. Ei sunt morţi când e vorba de realitatea celorlalţi şi foarte vii când e vorba de ceva de neatins, imaginar."

Bruno Bettelheim (1972), referindu-se la problema tratării autismului, afirmă că ceea ce contează din punctul de vedere uman este perspectiva care oferă cele mai multe şanse de uşurare a distresului copilului. In concepţia sa, cei care susţin teorii cauzale neurologice sau organice nu au obţinut rezultate semnificative în tratarea copiilor autişti. Bettelheim afirmă că după îndelungi cercetări şi experienţe realizate la Sonia Shankman Orthogenic School din Chicago, copiii luaţi în studiu au început să răspundă treptat la eforturile terapeutice psihanalitice, moment în care s-a tras concluzia că explicaţia psihogenică a autismului este una din cele mai convingătoare.

Această idee a câştigat teren în S.U.A. pe măsură ce psihicul copilului a reînceput parcurgerea treptelor necesare pentru formarea personalităţii. Când, în sfârşit, afectele "îngheţate" au început să se manifeste şi a început să evolueze o personalitate îmbogăţită, teoria legată de natura psihogenică a tulburării a mai făcut un pas înainte; în acest mod, cercetătorii instituţiei amintite au ajuns la concluzia că evenimente petrecute cu mult timp înainte sau altele, care au avut loc în prima lună sau primele săptămâni de şedere în şcoală, au fost extrem de semnificative pentru copil.

De asemenea, analizele efectuate asupra tratamentului aplicat copiilor au indicat faptul că unele din comportamentele lor simptomatice au fost trecute cu vederea, fie că nu conveneau personalului îngrijitor, fie că nu conveneau părinţilor; în aceste cazuri, nu s-au înregistrat progrese, iar prognosticul nu a putut fi decât pesimist.

7.4. Tehnicile educative

După cum bine susţine Catherine Milcent (1990) şi după cum aminteam anterior, orice educaţie începe prin evaluarea dezvoltării persoanei, în stadiul de la care se porneşte. In privinţa autismului, această evaluare este dificilă şi delicată, având în vedere absenţa motivaţiei sociale, tulburările de atenţie, eterogenitatea şi heteronomia capacităţilor; în aceste condiţii, este indispensabil să se înceapă prin reperarea intereselor autistului. Pentru aceasta, este suficient să observăm cu ce se ocupă copilul autist în mod spontan. Două tipuri de activităţi sunt în acest sens demne de remarcat: cele care par să furnizeze un interes sau o motivaţie evidentă şi cele care par destinate să reducă un exces de stress sau de stimulare.

Ca şi pentru orice individ, scopul educaţiei autistului este de a-l face să atingă un maximum de autonomie şi de a-i permite stăpânirea satisfăcătoare a mediului în care trăieşte.

Orice proiect de dezvoltare trebuie să se facă prin includerea a trei întrebări:

1. Ceea ce vrem să obţinem se află în sfera posibilităţilor persoanei autiste?

2. Pe ce interese şi motivaţii ne putem baza pentru a dezvolta anumite capacităţi?

3. Care sunt priorităţile?

într-un prim moment, este mai prudentă limitarea la ambiţii modeste dar care pot să fie încununate de succes. Copilul autist are deja experienţe frustrante, ce vor trebui înlocuite treptat cu unele agreabile.

C. Milcent ia în considerare mai multe aspecte ce vizează o cât mai corectă abordare a unui copil autist în scopul de a-i oferi un ajutor eficient. Acestea sunt:

a. *Filtrarea a ceea ce este pertinent*

Atenţia selectivă a copiilor autişti este profund perturbată, ceea ce explică mişcările fără încetare sau, dimpotrivă, completa lor pasivitate, în ambele cazuri timpul fixării atenţiei fiind foarte scurt. Doar unele activităţi stereotipe par a fi căutate sau par să focalizeze atenţia, ocupând întregul câmp al conştiinţei. Dar tocmai aceste stereotipii şi obsesii sunt preţioase pentru practician.

Educaţia specială a copilului se bazează tocmai pe arta de a diminua stimulii în amonte, păstrându-i doar atunci când sunt pertinenţi, şi de a ameliora tratamentul acestei informaţii în aval.

b. *Asigurarea înţelegerii: simplificarea limbajului*
Informaţiile pertinente sunt prezentate una câte una, gata

selectate, în funcţie de stadiul atins în dezvoltare şi chiar şi atunci când subiectul a ajuns la verbalitate, se utilizează imagini, fotografii, etichete care să prezinte simultan scopul final al acţiunii şi procedura secvenţială care permite atingerea acestui scop. In orice moment, persoana autistă trebuie să înţeleagă ceea ce se doreşte de la ea, ce reprezintă şi cât timp va dura activitatea. Dacă activitatea nu este în sine o sursă de plăcere, ea trebuie să fie însoţită în momentul încheierii de felicitări pronunţate cât mai empatic posibil şi urmată imediat de o destindere: jocul cu sforicelele favorite, învârtirea unei farfurii etc.

c. *Multiplicarea intereselor, motivarea*

Orice "artificiu" ce poate amuza copilul va fi utilizat pentru reţinerea atenţiei. Orice activitate terminată va fi "sărbătorită" prin mimarea satisfacţiei, prin mângâieri verbale, uneori prin mici recompense.

d. *Coerenţa, necomplicarea vieţii*

Una din dificultăţile cognitive ale copiilor autişti este capacitatea lor limitată de a forma reprezentări, imagini, şi de a extrage concepte, prototipuri, reguli sau legi. La persoanele autiste, limbajul înseamnă mai mult "senzaţie" decât concept; este deci mai dificil uneori pentru interlocutor să-şi dea seama ce a fost reţinut în afara contextului de codare. De aceea este indispensabilă existenţa circulaţiei informaţiilor, în mod fluid, între diferitele persoane şi locuri frecventate de autist, în aşa fel încât ele să revină neîncetat ca permanenţe, repere stabile şi securizante.

e. *Extragerea şi aplicarea regulilor*

Conceptul presupune absenţa obiectului; el impune deci formarea şi memorizarea unei reprezentări, a poziţiei sale în raport cu categoriile deja formate, legate de semnificaţie, formă sau consonanţă.

Generalizarea implică nu numai conceptualizare, dar şi recunoaşterea conceptului în alte situaţii. La persoana autistă, când *MLD* (memoria de lungă durată) ajunge să fie activată, ea reduce informaţiile extra-contextuale ca atare. Limbajul este perceput fără înţelegerea analogiilor, metaforelor, deci în absenţa dimensiunii figurate. Dificultatea de analiză, de extragere a figurii din context, considerat ca fond, şi capacitatea de a efectua operaţia inversă, atribuirea unui sens graţie contextului, determină ca la copilul autist generalizarea şi particularizarea să fie considerate "eroice".

f. *Cum pot fi/deveni spaţiul sau timpul "semnificative"?*

In primul rând, trebuie să se asigure o recurenţă a spaţiului, o stabilitate care să-l facă previzibil. La copilul autist, spaţiile funcţionale trebuie să fie foarte bine folosite: spaţiul de lucru, de destindere, de joacă etc. Autistul va trebui să înveţe foarte bine ce se aşteaptă de la el în aceste spaţii, convenţionale pentru alţii dar nu şi pentru el. Progresiv, spaţiul va deveni astfel funcţional în loc să fie confuz şi haotic.

Ca şi spaţiul, timpul va trebui să fie perceput corect. Conceptele, categoriile lui vor fi semnificate prin: hârtiuţe lipite, cercuri în jurul zilelor săptămânii etc. Din moment ce percepţia autistului produce aranjamente diferite de ale noastre, ceea ce este esenţial este simplificarea noţiunilor la care se subliniază doar ceea ce este important pentru scopul urmărit.

Copilul autist nu "bombardează" cu întrebări ca şi cel normal şi de aceea este deseori "subalimentat" cu informaţii. Aceasta nu înseamnă că, ţinând cont de toate cele afirmate

mai sus, el nu trebuie să beneficieze de o „baie informaţională" adaptată capacităţii sale de percepere.

g. *Dezvoltarea limbajului*

Când este vorba de autism, este indispensabil ca evaluarea comprehensiunii şi expresiei verbale să fie efectuată de persoane competente deoarece limbajul ecolalic dă întotdeauna iluzia unei stăpâniri superioare celei existente de fapt.

Orice program de dezvoltare trebuie deci să înceapă printr-o cântărire riguroasă a înţelegerii fine a conceptelor, a categoriilor gramaticale (verbe, adjective, prepoziţii), a sensului contextual al limbajului şi a gradului de conversaţie. Copilul autist verbal repetă

"pachete" de cuvinte nesegmentate sau rău segmentate, care nu au adesea decât un raport foarte îndepărtat cu sensul lor. Deseori, aceste fraze par bine elaborate din punct de vedere sintactic, chiar dacă sunt bizare prin inversările pe care le propun.

Toate conceptele trebuie verificate ca purtătoare ale sensului tradiţional pentru că de multe ori, mai ales când limbajul este abundent, cuvintele sunt cele uzuale, dar sensul lor se referă la nişte codaje idiosincratice care pot fi interpretate doar de cei apropiaţi. Trebuie să ne asigurăm că autistul înţelege sensul cuvintelor, punându-l să indice obiectul cu degetul sau să aducă un anume obiect.

în general, copiii autişti verbali reuşesc să achiziţioneze un număr mare de substantive desemnând obiecte concrete (hrană, mobilier), dar verbele apar mai greu. Adjectivele sunt rareori izolate şi nu-şi dobândesc valoarea reală decât mult mai târziu. Chiar dacă vocabularul este relativ însuşit, copilul autist utilizează greu contextul pentru a-şi verifica ipotezele. In afara sensului intrinsec al cuvintelor, specialistul va trebui să verifice, atât pentru limbajul vorbit cât şi pentru cel scris, dacă nu există o hiperlexie fără comprehensiune (utilizarea unui vocabular aparent bogat, dar fără semnificaţie).

Pentru a-l putea ajuta pe copilul autist să codeze un cuvânt în mod corect, trebuie în primul rând să pătrunzi în lumea lui ca să ştii ce a văzut, cum a perceput obiectul sau/şi ce l-a interesat în legătură cu acesta; în acelaşi timp însă, trebuie să rămâi vigilent, căci obişnuinţa de a-l înţelege pe autist se dobândeşte rapid, ca şi adaptarea la acest nou limbaj, omiţându-se corectarea greşelilor, fapt care duce la stagnare.

h. *Să-l ajutăm să "fie " şi să "trăiască "*

Se fac deseori confuzii între lipsa sociabilităţii şi afectivitate. De fapt, la autişti nu lipseşte dorinţa socială şi cu atât mai puţin afectivitatea, în afara primului an de viaţă în care sugarul manifestă fie indiferenţă, fie anxietate ca răspuns la solicitarea umană. Afectivitatea funcţionează însă într-o manieră arhaică, după legea acelui "totul sau nimic", fără nici o modelare. Autistul este deseori înduioşător, pentru că este patetic. De

cele mai multe ori, i se iartă maniile, accesele tiranice, egoismul, manierele sălbatice, deoarece impresionează în momentul când pare pierdut din cauza emoţiei.

Copilul autist trebuie ajutat tocmai de aceea să-şi identifice

propriile trăiri emoţionale şi să le recunoască la alţii. Emoţia poate fi analizată cu ajutorul unor portrete, expresii, se poate realiza chiar o mică bandă desenată în care contextul determină veselia sau tristeţea personajului. Mimicile trebuie amplificate prin jocuri de rol atră-gându-se atenţia copilului că "ne prefacem că..." De fiecare dată, emoţiile vor fi numite cu toată gama de nuanţe pe care o poate înţelege copilul până la completa lor înţelegere.

Sociabilitatea nu se dezvoltă, decât în măsura în care subiectul autist se simte în siguranţă cu cineva şi cu sine, iar relaţia cu interlocutorul este motivantă pentru el.

7.5. Terapia comportamentală

7.5.1. Rezultate pe termen lung la copiii autişti care au beneficiat de tratament precoce intensiv

După cum remarcam în partea introductivă a cărţii, consideraţiile comportamental iste au contribuit considerabil nu numai la o mai bună definire şi circumscriere a autismului (Rutter, 1970 şi Lotter, 1978), dar şi la dezvoltarea unor terapeutici cu rezultate certe pe care le susţin dovezi recente întâlnite în literatura de specialitate.

Terapia comportamentală urmăreşte cu precădere îmbunătăţirea deprinderilor comportamentale adaptative ca, de exemplu, comunicarea şi descurajarea comportamentelor distructive, de tipul agresivităţii.

In 1987, Lovaas a iniţiat terapia comportamentală individuală de 40 de ore pe săptămână pe o perioadă de doi ani sau mai mult, la un grup experimental de 19 copii autişti sub 4 ani. Această intervenţie a inclus şi antrenarea părinţilor în mediul destinat copiilor preşcolari. In momentul reevaluării, Ia o vârstă medie de 7 ani, subiecţii din grupa experimentală au obţinut QI crescute cu 20 de puncte şi au făcut progrese în domeniul achiziţiilor educative. 9 din cei 19 subiecţi au efectuat învăţământul primar în şcoli normale şi au obţinut QI apropiate de medie. Prin contrast, 2 grupe de control însumând 40 de copii diagnosticaţi de asemenea ca autişti nu au obţinut rezultate bune. Doar unul din subiecţii de control (2,5%) a atins un nivel intelectual normal.

Aceste date sugerează eficacitatea terapiei comportamentale. Totuşi, durata achiziţiilor pare incertă; într-un studiu important,

Lovaas, Koegel, Simmons şi Long (1973) susţin de fapt că autiştii prezintă o regresie după terminarea tratamentului. Alte studii insistă asupra faptului că ei întâmpină dificultăţi crescute la intrarea în adolescenţă (Kanner, 1971).

Investigaţia la care ne referim conţine două părţi. In prima, s-a urmărit măsura în care, după câţiva ani de la evaluarea făcută la vârsta de 7 ani, grupul experimental din studiul lui Lovaas şi-a menţinut achiziţiile obţinute prin tratament. Subiecţii din grupul experimental şi cei dintr-unul din grupurile de control au completat teste standardizate de funcţionare intelectuală şi adaptativă. Grupurile au fost apoi comparate unele cu altele, iar performanţa lor din acel moment a fost comparată cu cea din evaluările precedente.

A doua parte a investigaţiei a luat în considerare subiecţii care au obţinut rezultatele cele mai bune la sfârşitul primei etape din studiul lui Lovaas. S-a examinat măsura în care aceşti copii puteau fi consideraţi ca lipsiţi de simptomatologia autistă. S-a realizat o baterie de teste pentru a evalua o varietate de posibile deficite: modelele de gândire idiosincratice, manierismele, lipsa relaţiilor apropiate cu familia şi prietenii, dificultatea de a se obişnui cu lumea, lacunele în anumite arii ale funcţionării cognitive cum ar fi gândirea abstractă, fluctuaţiile în dobândirea abilităţilor şcolare, platitudinea afectivă, absenţa simţului umorului sau aspecte bizare ale acestuia. Au fost luate numeroase precauţii pentru a asigura obiectivitatea examinărilor.

în ceea ce priveşte subiecţii, studiul conţinea iniţial 38 de copii care la acel moment erau foarte tineri (mai puţin de 40 de luni -prezentând mutitate, mai puţin de 46 de luni - prezentând ecolalie) şi care au fost diagnosticaţi ca autişti de un psiholog clinician sau psihiatru neimplicat în studiu. Aceşti subiecţi au fost împărţiţi în două grupuri: unul experimental şi unul de control. S-au format echipe pentru tratament. Şeful echipei şi membrii personalului au determinat apoi măsura în care subiectul manifesta o deschidere pentru tratamentul intensiv (dacă da, subiectul intra în grupul experimental, dacă nu - în cel de control). Grupul experimental conţinea 19 copii care au beneficiat de 40 de ore pe săptămână de tratament individual timp de 2 ani sau mai mult. Grupul de control era format din 19 copii care au beneficiat de o intervenţie mai puţin intensivă (10 ore pe săptămână de terapie comportamentală individuală plus o serie de tratamente efectuate de voluntari).

Studiul iniţial includea, de asemenea, un al doilea grup de control constând din 21 de copii cu autism care au fost urmăriţi pe parcursul timpului. Aceşti copii nu erau accesibili pentru investigaţiile în curs. în cazul măsurării standardizate a inteligenţei, al doilea grup de control a obţinut aproximativ aceleaşi rezultate ca şi grupul experimental la început şi ca şi primul grup de control la evaluarea realizată la 7 ani. Aceste constatări au sugerat că: copiii cu autism luaţi în **studiu** erau comparabili cu copiii investigaţi în altă parte;

tratamentul minimal oferit primului grup de control nu a determinat schimbarea funcţionării intelectuale.

Analiza statistică pretratament a confirmat faptul că grupele de control şi cel experimental erau comparabile. Vârsta cronologică la diagnoză pentru subiecţii grupului experimental era de aproximativ 32 de luni, QI-ul lor era în medie 53, vârsta cronologică pentru grupul de control era de 35 de luni, iar QI-ul de 46. Majoritatea subiecţilor prezentau mutitate, toţi aveau deficienţe mari de limbaj receptiv, nici unul nu se juca cu ceilalţi copii sau cu jucării adecvate vârstei, erau introvertiţi; toţi prezentau comportamente stereotipe (autosti-mulatoare). Astfel, ei păreau a fi într-adevăr un eşantion reprezentativ pentru copiii cu autism.

Copiii din grupul experimental şi cel de control au beneficiat de tratament din partea studenţilor care lucrau la leagănele de copii. De asemenea, cu copilul lucrau şi părinţii care au fost instruiţi în tehnicile de tratament. Când s-a considerat posibil, copiii au fost integraţi în grădiniţe obişnuite. Tratamentul s-a bazat în principal pe dezvoltarea limbajului, îmbunătăţirea comportamentului social, inducerea obiceiurilor de joc cu semenii şi cu jucării adecvate. Concomitent, s-au făcut eforturi pentru eliminarea comportamentelor stereotipe şi agresive.

Grupul experimental şi cel de control au primit iniţial baterii de teste evaluative identice şi s-au găsit similitudini la multe variabile. Mai mult, numărul de subiecţi de control, care în urma predicţiei trebuiau să realizeze o funcţionare normală beneficiind de tratament, a fost aproximativ egal cu numărul subiecţilor experimentali care au şi realizat o funcţionare normală sub un tratament intensiv. Se conturează aici dovada faptului că funcţionarea superioară a grupului experimental, după tratament, a fost rezultatul tratamentului însuşi.

Toţi subiecţii au rămas în grupurile în care au fost introduşi la început, doar doi subiecţi au abandonat şi n-au fost înlocuiţi. De aceea,

compoziţia originală a grupurilor a fost practic păstrată. Toţi subiecţii au fost diagnosticaţi ca autişti, existând, în acest sens, un grad ridicat de acord între clinicieni.

înaintea tratamentului, subiecţii au apărut ca fiind comparabili cu cei diagnosticaţi ca autişti în cadrul altor investigaţii. Dovada pentru acest fapt este dată de al doilea grup de control care a fost incorporat în studiul iniţial. Acest grup, evaluat de o altă echipă de cercetare, a avut aceleaşi QI iniţiale măsurate cu aceleaşi teste şi a obţinut aceleaşi rezultate ca şi cele semnalate de alţi cercetători.

Primul grup de control, care a beneficiat de 10 ore **pe** săptămână de tratament, nu a fost diferit faţă de cel de-al doilea grup de control, care nu a beneficiat de tratament. Ambele grupuri au obţinut rezultate sensibil inferioare celor ale grupului experimental. Din

moment ce toate grupurile erau similare pretratament, rezultă că subiecţii trataţi prezentau probleme care au răspuns numai la tratament intensiv.

Familiile subiecţilor au aparţinut unui spectru larg de niveluri socio-economice care, în medie, nu au diferit faţă de populaţia generală.

Eficacitatea multor componente ale tratamentului a fost demonstrată experimental de un număr mare de cercetători în ultimii 30 de ani.

Luate împreună, aceste aspecte oferă asigurarea că rezultatele favorabile obţinute de subiecţii experimentali pot fi atribuite tratamentului de care aceştia au beneficiat, mai degrabă decât unor factori externi. Oricum, rezultatele sugerează că intervenţia precoce ar putea compensa eventualele anomalii neurologice existente la aceşti copii. La un nivel de generalitate mai mare se poate afirma că aceste rezultate pot contribui la înţelegerea mai fină a relaţiilor creier-comportament la copiii mici.

*7.5.2. **Crearea unor noi** căi de comunicare: învăţarea operantă **a** vorbirii, dansului, mişcării şi muzicii* **a. învăţarea operantă a vorbirii**

Datorită eforturilor sistematice ale unui grup de teoreticieni ai învăţării sociale (Lovaas, Berberich, Perloff, Schaeffer), s-au pus la punct o serie de tehnici menite să faciliteze comunicarea în cazul subiecţilor autişti.

Ferster (1961) a fost primul care a sesizat posibilitatea aplicării principiilor învăţării în cadrul tablourilor clinice mai deosebite ale copiilor autişti. El a subliniat inexistenţa agenţilor de reîntărire achiziţionaţi sau generalizaţi la copiii autişti. Chiar dacă aceşti copii par să reacţioneze la agenţii primari de reîntărire (hrana, băutura), ei uită raportul între aceşti agenţi şi adulţii care îi oferă. Conform raţionamentului lui Ferster, din moment ce agenţii de reîntărire socială sunt un factor fundamental al socializării normale, nu este surprinzător faptul că autiştii, care îi ignoră, prezintă carenţe de socializare şi comportamentale pronunţate şi difuze în acelaşi timp.

Abordarea bazată pe teoria învăţării pune accentul pe necesitatea creării unor aptitudini sociale şi a unui comportament lingvistic minim. Se porneşte de la ipoteza potrivit căreia, aceşti copii, dintr-o serie de motive, ar fi mai degrabă incapabili, decât ar refuza să îşi exprime comportamentele socialmente acceptabile sau previzibile. In conformitate cu acest punct de vedere teoretic asupra autismului şi a posibilităţilor de aplicare a principiilor de învăţare în cadrul intervenţiei, numeroşi cercetători au demonstrat utilitatea aplicării acestor metode la domiciliu şi în clinică. Astfel, într-un studiu de caz clasic, Wolf, Risley şi Mees (1964) au demonstrat eficacitatea principiilor condiţionării operante în modificarea comportamentului autodistructiv şi inadecvat la un copil autist de 3 ani şi jumătate.

Cu toate acestea, primul studiu sistematic şi totodată cel mai cunoscut legat de folosirea condiţionării operante pentru edificarea vorbirii sau pentru modificarea vorbirii ecolalice este cel publicat de către Lovaas şi colaboratorii săi în 1966. Scopul acestui prim studiu era acela de a demonstra stabilirea unui comportament vocal de imitaţie la copii non-verbali. învăţarea cuprinde în acest caz două faze. In prima, se urmăreşte doar a-l ajuta pe copil să dobândească această capacitate de imitaţie vocală. Este vorba de o învăţare specifică pentru copiii autişti nevorbitori şi pentru copiii care nu răspund prin imitaţie la stimulii vocali ai terapeutului. Cea de a doua fază se referă la învăţarea vorbirii semnificative.

Fazal	*învăţarea imitaţiei vocale*	
Etape	Metode	Scop
	Reîntărirea oricărei vocalize	Creşterea producţiei vocale
	Reîntărirea vocalizelor care apar după mai puţin de 5 secunde	Ajungerea la stăpânirea vocalizelor în timp
	Reîntărirea îngemănării vocalizelor în mai puţin de 6 secunde	Stabilirea îngemănării vocalizelor
	Repetarea etapelor anterioare adăugându-se alte sunete	Stabilirea vocalizelor corecte
Faza II	*învăţarea vorbirii semnificative*	
	Reîntărirea verbalizărilor ca urmare a stimulilor non-verbali	Stabilirea vorbirii expresive
	Reîntărirea răspunsurilor non-verbale la stimuli verbali	Stabilirea comprehensiunii limbajului

Raportul lui Lovaas şi al colaboratorilor săi se referă la utilizarea detaliată a metodei în cazul a doi băieţi, cu autism profund, neverbali, în vârstă de 6 ani. Aceşti subiecţi prezentau şi carenţe serioase la nivelul jocului, manifestând comportamente auto-stimulatorii şi, uneori, chiar automutilatorii. In cadrul învăţării faţă în faţă, care are loc timp de şase zile pe săptămână, şapte ore pe zi, cu câteva pauze de 15 minute, copiii erau supuşi unor stimuli vocali de către un adult aşezat la circa 30 cm de ei. Se aştepta din partea copiilor să reacţioneze la interpretări din ce în ce mai rafinate ale răspunsurilor cerute, ei fiind împiedicaţi să părăsească situaţia de învăţare. Reîntărirea consta în recompense alimentare pe gustul subiecţilor. Se utiliza pedeapsa, sub forma ridicării vocii în cazul neatenţiei, al auto-mutilării sau al acceselor de furie. Cea mai dificilă sarcină a fost aceea de a-i învăţa pe copii primele sunete şi primele cuvinte. Pentru alegerea

acestora, cercetătorii au recurs la vocalize care se puteau provoca, adică la un comportament vocal care se putea declanşa prin folosirea mâinilor la gura copilului sau la cuvinte care implicau, în acelaşi timp, componente vizuale. Exemple ale acestor sunete relativ uşoare sunt consoana labială "m" şi vocala deschisă "a". Iar în ceea ce

priveşte sunetele dificile, se pot menţiona consoanele guturale "k" şi "g" şi consoana siflantă "s". Acestea din urmă au fost prezentate copiilor mult mai târziu în cursul învăţării.

în prima etapă, copilul era recompensat pentru orice vocaliză şi pentru orice fixare a gurii adultului. Odată ce a fost obţinută vocaliza în mai puţin de 5 secunde după stimulul vocal şi fixarea privirii pe gura adultului pentru mai mult de 50% din timp, se trecea la a doua etapă. Adultul încerca atunci o producţie vocală mai complexă într-un anumit interval de timp. în cea de a treia etapă, i se cerea copilului nu numai să răspundă la vocalize în cele 6 secunde următoare celei a adultului, dar acest răspuns trebuia să corespundă celui al adultului. Cea de a patra etapă reprezenta o "reeditare" a celei precedente, dar cu adăugarea unui nou sunet. Sunetul ales în scopul discriminării era foarte diferit, astfel încât să-i faciliteze copilului sarcina de a distinge între acestea şi de a răspunde la cea cerută. Astfel, copilului i se prezenta noul sunet sau noul cuvânt, dar, din timp în timp, i se prezenta şi cuvântul sau sunetul anterior, la întâmplare. Odată ce copilul repeta corect de zece ori la rând emisiile vocii adultului, se considera că acel sunet sau cuvânt era dobândit.

Alte precizări oferite de Lovaas şi colaboratorii săi indicau măsura în care vocalizele dobândite de cei doi subiecţi au fost tributare reîntăririi şi modul în care copiii au reuşit să înveţe să imite comportamentele vocale cu condiţia reîntăririi unor ocazii în care apărea o armonie a răspunsurilor. Pentru atingerea scopurilor urmărite trebuie precizat faptul că: a) achiziţia primelor sunete şi cuvinte a necesitat numeroase încercări în timp ce, "învăţând să înveţe", copiii au achiziţionat, ulterior, mult mai rapid altele; b) au existat diferenţe mari între copii. Astfel, cei doi băieţi luaţi în studiu au avut nevoie de 26 zile pentru a achiziţiona o serie de vocalize, pentru care alţii au avut nevoie de doar 3 zile. Acest ultim aspect subliniază încă o dată diversitatea marcată la copiii autişti în ceea ce priveşte potenţialul de învăţare.

învăţarea vorbirii imitative, chiar dacă reprezintă o reuşită pentru copilul non-verbal, este departe de a-i servi acestuia pentru comunicare. Pentru a ajunge la vorbirea semnificativă, atât pentru copiii non-verbali care vocalizează, cât şi pentru cei ecolalici, s-a pus la punct o altă secvenţă de învăţare. Făcând din nou referire la tabel, se constată că prima etapă a acestei învăţări cuprinde ceea ce se numeşte în mod obişnuit etichetajul. în acest caz, în termeni de comportament,

stimulul este non-verbal iar răspunsul este verbal; de exemplu, i se arată copilului o banană (stimulul) şi aşteptăm ca el să spună banană (răspunsul). In cea de a doua discriminare, i se prezintă copilului un stimul verbal, de exemplu, se arată cu degetul banana (stimulul), iar sarcina lui este aceea de a răspunde conform cerinţelor. în primele faze ale învăţării, au fost prezentate sarcini simple, iar ulterior s-a recurs la noţiuni mai complexe, cerându-i-se copilului să răspundă la termeni mai abstracţi: pronume, oră şi, în general, folosirea timpului, limbajul destinat să placă; aceste tipuri de sarcini s-au dovedit însă foarte dificile, doar un număr mic de copii, în special din grupa ecolalicilor, reuşind atingerea unor paliere mai avansate.

b. Dansul, mişcarea şi muzica

Cu mult timp în urmă s-a apreciat valoarea învăţării mişcării, nu numai pentru autism, dar şi pentru alte disfuncţii severe. Chiar dacă, în termenii unei evaluări obiective, aceste tehnici nu posedă decât o slabă confirmare ştiinţifică, nu încape îndoială că aprecierea propriilor mişcări în spaţiu poate ameliora conştiinţa de sine la un individ. Miller (1973) se referă în mod special la modul în care copiii autişti, "suspendaţi" în spaţiu, trebuie să se sprijine pe propriile resurse pentru a evita pericolul, devenind, în acest mod, mai "prezenţi" în mediul lor, sporindu-şi astfel o anume conştiinţă personală şi sentimentul identităţii.

Dansul, utilizarea rituală şi disciplinată a mişcării, a fost de asemenea considerată cu valoare terapeutică şi, de fapt, s-a şi recurs la această tehnică pentru unii copii autişti. Ritmul şi mişcările de dans îi permit copilului autist să-şi exprime sentimentele şi să atingă un stadiu non-verbal al comunicării. De exemplu, tehnica propusă de Kaufman (1967) constă în a-l determina pe copil, după o perioadă în care este lăsat în lumea autostimulărilor, să se deplaseze împreună cu terapeutul în ritmul ales împreună. Referitor la unele comentarii legate de semnificaţia posibilă a manierismelor aparent bizare şi a comportamentelor de autostimulare la copiii autişti, Kaufman afirmă că nu există, în principiu, vreo mişcare greşită. Ar trebui, în opinia sa, căutată semnificaţia mişcărilor copilului. Astfel, întrebările care ar trebui să fie puse ar fi: ce sentimente sunt resimţite în momentul executării acelor mişcări? Pot fi ele folosite pentru stabilirea contactului cu copilul, la nivelul de intensitate, la ritmul şi la viteza

aleasă de acesta? Noile tehnici folosite în acest domeniu vor găsi poate răspunsuri şi pentru aceste întrebări.

Dintotdeauna, muzica a constituit un mijloc terapeutic extrem de important. Datorită caracterului universal al atractivităţii sale, muzica poate să servească oricui, indiferent de starea sa psihică. In cazul copiilor autişti, muzica a fost deseori folosită în procedeele terapeutice. Uneori a fost utilizată ca agent de reîntărire pentru învăţarea altor comportamente; s-a încercat, de asemenea, acompanierea balansărilor copilului cu ajutorul unei muzici cu aceeaşi măsură. Conform opiniei lui J. Alvin (1970), odată ce balansarea copilului este armonizată cu măsura muzicii, terapeutul poate să modifice

tempo-ul pentru a vedea reacţia copilului faţă de această schimbare. Scopul este de a creşte sau de a diminua cadenţa balansărilor prin viteza muzicii. După această fază, se poate aştepta ca subiectul să treacă la folosirea propriei voci sau a unui instrument pentru a-şi exprima, prin muzică, propriile sentimente.

7.5.3. ***Aplicarea*** *precoce* ***a unui tratament comportamental intensiv asupra unui subiect autist (după Lovaas, 1987)***

Acest studiu demonstrează progresele realizate de o fetiţă de 37 luni implicată într-un tratament bazat pe teoriile lui Lovaas. In urma evaluării în cadrul unei clinici, fetiţa este considerată ca prezentând o tulburare pervasivă de dezvoltare severă şi un grad de autism sever. Din datele obţinute la aplicarea Scalei de Dezvoltare Bayley, vârsta sa de dezvoltare este de 8 luni, coeficientul său de inteligenţă fiind estimat la 24. înainte de a beneficia de tratament, subiectul a fost inclus într-un centru pedopsihiatric de orientare psihodinamică.

în cadrul programului, fetiţa a beneficiat de 30-40 ore individualizate de intervenţie pe săptămână, cu excepţia primelor luni de tratament, în care au fost prevăzute doar 15 ore pe săptămână. Tratamentul s-a desfăşurat la domiciliul copilului, părinţii putând observa şi interveni în calitate de co-terapeuţi.

Discutând în termeni generali, vom remarca faptul că *obiectivele învăţării* vizează mai multe sfere ale dezvoltării şi sunt personalizate în funcţie de nivelul de funcţionare al subiectului. Acestea sunt construite în aşa fel încât complexitatea să crească treptat. Abilităţile care se referă la imitaţie, la dezvoltarea cognitivă, la limbaj, joc, la socializare şi la comportamentele de autonomie sunt

predate în funcţie de ritmul învăţării. Dat fiind faptul că anumite comportamente perturbatoare, de tipul autostimulării, acceselor de furie şi comportamentelor agresive, pot să fie dăunătoare învăţării unor obiective, ele pot constitui de asemenea motiv al intervenţiei.

Sunt aplicate tehnici de modificare a comportamentului de tipul modelării, indicaţiei, estompării şi reîntăririi pozitive ca instrumente de predare în scopul generării, creşterii şi menţinerii comportamentelor adecvate. In plus, comportamentele perturbatoare sunt reduse prin stingere şi prin reîntărirea unor comportamente alternative, mai acceptabile socialmente. în cazul în care această procedură nu este eficientă pentru reducerea comportamentelor ţintă, au putut fi introduse, cu acordul părinţilor, tehnici mai aversive.

Pe tot parcursul terapiei, rezultatul fiecărei intervenţii este notat punctual pe grile de cotare. Performanţa subiectului este înregistrată în termeni de succes, succes cu ajutor, non-răspuns sau eşec. Aceste date sunt folosite ca indicatori ai „câştigului" realizat de subiect în privinţa obiectivelor de învăţare incluse în planul de intervenţie.

Măsurarea progresului

Progresul subiectului în cadrul obiectivelor este evaluat făcându-se referire la imitaţia non-verbală, la limbajul receptiv şi la limbajul expresiv. Datele sunt obţinute în momentul executării sarcinilor de discriminare pe care le implică şedinţele de lucru structurate. Criteriul reuşitei corespunde unui procent de răspunsuri de 80-l00% în decurs de trei şedinţe consecutive. Se obţin astfel curbe de progresie.

Măsurarea generalizării

Măsurarea "câştigurilor" indirecte reprezentate de generalizarea învăţării în cadrul unor contexte inedite (generalizarea stimulului) şi a unor noi abilităţi (generalizarea răspunsului) este concretizată prin observaţia sistematică. Fetiţa a fost filmată la diferite intervale în cursul tratamentului, în situaţie de joc liber. S-au realizat şapte înregistrări video de 4 la 10 minute, totalizând 40 minute. Au fost utilizate două grile de observaţie: o grilă pentru jocul funcţional (ca durată) şi o grilă de frecvenţă care permite măsurarea utilizării spontane a limbajului adecvat.

Rezultatele obţinute în urma terapiei: progresul subiectului Imitaţia non-verbală. Obiectivul imitaţiei non-verbale a fost introdus în planul intervenţiei încă din prima lună de tratament. Aşa după cum rezultă din figura 1, subiectul nu achiziţionează decât începând din a treia lună primele două gesturi. Până în a cincea lună, progresul este stabil, dar lent. Cu toate acestea, o creştere considerabilă este observată între a şasea şi a unsprezecea lună. în continuare, învăţarea pare a prezenta un platou deoarece acestui obiectiv i s-a acordat o importanţă redusă din acel moment. Astfel, după 27 luni de tratament, fetiţa a reuşit imitarea a 62 gesturi în cadrul şedinţelor de lucru.

în figurile de mai jos, s-a notat: 0-l00 - procentul de răspunsuri date corect de către subiect şi l-27 - lunile de tratament.

M

1. Curba de progres a imitaţiei non-verbale.

Limbajul receptiv a fost introdus ca obiectiv de învăţare în a doua lună de tratament. Identificarea receptivă a acţiunilor, a obiectelor şi a reprezentărilor bidimensionale sunt principalele probleme abordate. în acest caz, subiectul înregistrează o serie de achiziţii încă din prima lună de introducere a obiectivului. începând din a cincea lună, achiziţiile sunt mai rapide şi, în consecinţă, mai numeroase, la sfârşitul terapiei fiind achiziţionaţi 246 itemi.

Fig. 2. Curba progresului limbajului receptiv.

Limbajul expresiv. Obiectivul limbajului expresiv a fost introdus în a noua lună de tratament. Primele achiziţii au fost obţinute imediat, dar constau în aproximări ale cuvintelor propuse. Doar în a zecea tună, subiectul începe numirea mai clară a unor obiecte care îi sunt prezentate. în a unsprezecea lună, ea identifică verbal 9 obiecte. Cu toate acestea, în cursul lunilor următoare, performanţa este variabilă, observându-se din figură faptul că au fost achiziţionate în fiecare lună cuvinte noi, dar altele au fost pierdute. în ultima lună de tratament, subiectul denumeşte clar şi corect 33 obiecte.

Fig. 3. Curba progresului limbajului expresiv.

Generalizarea

Procentul mediu al duratei jocului funcţional, în cele trei perioade ale tratamentului în care s-a realizat observaţia, se poate regăsi în figură. în cadrul primei observaţii, în prima lună de tratament, nu s-a înregistrat nici un joc funcţional. în cursul celei de a doua observaţii, în a 23-a lună de tratament, jocul funcţional reprezintă 5% din timpul de observaţie. în cursul observaţiilor din luna a 27-a, acesta ocupă 48% din timp. Aceste rezultate sunt în contrast cu datele observaţiei asupra limbajului; nici o verbalizare adecvată nu este emisă spontan de către subiect în cadrul jocului liber.

IM •

90 -80 -70 ■ 60 "

50 *40* -30 -20 -l0 -

Fig. 4. Procentajele jocului funcţional în perioadele de joc liber.

Discuţii

La modul general, datele tratamentului indică faptul că subiectul prezintă un progres important în privinţa obiectivelor de învăţare din cursul celor 27 luni de tratament. Cu toate acestea, în pofida importanţei achiziţiilor realizate, performanţa sa pare să varieze în funcţie de complexitatea şi nivelul abstractizării abilităţilor predate. Rezultatele referitoare la limbajul expresiv şi la generalizare sunt dovada acestui fapt. în privinţa acestor abilităţi, se observă un ritm mai lent al achiziţiilor, numărul acestora este scăzut, iar menţinerea mai dificilă.

în acest studiu, progresul arată faptul că participarea subiectului la tratament reprezintă un efect direct al intervenţiilor şi nu numai produsul maturării naturale al acestuia. Cu toate acestea, absenţa controlului experimental nu permite o concluzie privitoare la

validitatea acestor rezultate. De fapt, unele variabile de tipul frecvenţei de introducere a noilor itemi de învăţare, calitatea înregistrării datelor şi absenţa uniformităţii situaţiilor de măsurare pot influenţa orientarea rezultatelor.

în consecinţă, aplicarea clinică a terapiei lui Lovaas ar trebui realizată, încercându-se remedierea punctelor nevralgice ale acestui studiu. Este vorba de un domeniu de cercetare promiţător, care se cere însă continuat şi îmbunătăţit. O atenţie deosebită ar trebui acordată rafinării metodelor de evaluare a învăţării şi formării celor care intervin. Trebuie, de asemenea, ca obiectivele învăţării incluse în planul de intervenţie să răspundă în mod adecvat exigenţelor vieţii copilului.

7.6. Tehnici de intervenţie vizând modificarea comportamentelor specifice autiste. Strategii şi tehnici din sistemul TEACCH

Cercetările în domeniul educaţiei copiilor autişti susţin importanţa deosebită a informaţiilor vizuale, a programelor individuale stabilite pentru fiecare zi şi săptămână, în dezvoltarea, în general, a acestor copii şi, în special, a deprinderilor de limbaj a acestora.

Profesorul Eric Schopler dispune de experienţa unei generaţii în materie de clase integrate, prin punerea în aplicare a programului TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children). La iniţiativa sa, în Carolina de Nord, S.U.A., TEACCH a fost introdus ca o reacţie împotriva concepţiilor freudiene asupra autismului, la care majoritatea autorităţilor americane din domeniul medical au aderat în perioada imediat următoare celui de-al doilea război mondial. Experienţa repetată a tratamentelor psihanalitice a dus la descurajarea sau demoralizarea unui mare număr de părinţi, care nu se mai puteau ocupa de proprii lor copii. Era în permanenţă recomandată soluţia izolării copiilor în instituţii specializate.

Acest program a organizat în Carolina de Nord, după 1965, servicii care "acoperă" întreaga viaţă a persoanei autiste, dintr-o perspectivă educaţională şi de integrare protejată în comunitate,

înlocuind procedeele diagnostice freudiene prin cele fondate pe un comportament observabil în mod direct şi pe consideraţii de dezvoltare.

Coordonat de Universitatea Chapell Hill, programul este repartizat în teritoriu (6 mii de locuitori), cuprinzând 5 clinici polivalente - pentru diagnosticare şi orientare - şi clase în şcolile publice locale. Programul asigură formarea profesională a adolescenţilor şi integrarea socială şi profesională a adulţilor, pentru care a fost creată o diversitate de mijloace de integrare, ca de exemplu "grouphomes", unde trăiesc împreună 5 sau 6 adulţi autişti asistaţi de un tutore. El asigură, de asemenea, formarea specialiştilor în domeniu şi permanenţa activităţii de cercetare.

TEACCH-ul nu este un sistem închis, ci este sinteza unei elaborări empirice şi, pentru toate ţările care l-au "importat", o referinţă metodologică incomparabilă.

Regula de bază este cooperarea paritară între părinţi şi specialişti la toate nivelurile. Această colaborare are 4 direcţii:

1. Specialistul este **cel** care îi învaţă pe părinţi, oferindu-le totodată informaţiile şi sfaturile de care aceştia au nevoie. Important este ca acesta să aibă o bună pregătire profesională în domeniu şi, de asemenea, experienţă în munca cu copiii autişti. Specialistul le prezintă părinţilor modele de comportament şi de învăţare structurată; el trebuie să fie capabil să elaboreze programe individualizate, ce vor fi demonstrate în faţa părinţilor.

2. Părinţii îi pot "învăţa", la rândul lor, pe specialişti. Ei îşi cunosc cel mai bine **copilul** şi sunt motivaţi în vederea ameliorării tulburărilor pe care le prezintă acesta. Informaţiile pe care le oferă părinţii stau la baza evaluării copilului.

3. Intre specialişti şi părinţi trebuie să existe un sprijin afectiv reciproc.

4. Integrarea copilului autist în societate şi acceptarea Iui de către societate sunt determinante. Societatea trebuie să înţeleagă necesităţile speciale ale copiilor autişti, să le pună la dispoziţie diverse servicii sociale: instituţii speciale, programe speciale în grădiniţe, clase speciale în şcolile de stat, tabere de vară.

7.6.1. Activităţi de învăţare

Programul elaborat de E. Schopler şi colaboratorii se bazează pe terapia comportamentală şi se referă la: imitaţie, percepţie, motricitate generală şi fină, coordonare ochi-mână, performanţe cognitive, competenţă verbală, autonomie, sociabilitate şi conduită. Se iau în considerare aspectele comportamentale specifice stadiului senzorio-motor de dezvoltare a inteligenţei.

A. *Imitaţia:* activitate fundamentală în procesul instructiv-educativ, ea este una din "armele" semiotice. Copiii autişti au dificultăţi în structurarea imitaţiei, fiind necesar un antrenament susţinut prin repetări simple şi directe.

Exerciţiile pentru imitaţie se adresează sferei senzorio-perceptiv motorii şi sferei de achiziţie a limbajului (receptiv, expresiv). Pentru aceasta, se impune antrenarea motricitatii generale şi fine a organelor buco-fonatorii. Neantrenarea în activitate" a grupelor de muşchi se răsfrânge negativ asupra comportamentului imitativ.

Acţiunea imitativă implică numeroşi factori: motivaţia, memoria de lucru, diverse operaţii senzorio-motorii, capacitatea de reglare motorie şi psiho-motorie. La stabilirea

unui program de învăţare a imitaţiei, este necesară evaluarea precisă a capacităţii de imitare a copilului.

B. *Antrenarea capacităţii perceptive:* o mare parte din problemele de învăţare şi de comportament ale copiilor autişti provin dintr-o perturbare, o dezordine a proceselor implicate în percepţie, din disfuncţionări ale tratării informaţiilor senzoriale. Dificultăţi mari pot apărea din integrarea diferitelor informaţii senzoriale, producându-se disfuncţii în formarea imaginii perceptive unitare.

Se întâlnesc disfuncţii ale percepţiei senzoriale, vizuale şi auditive. Se impune diagnosticarea acestora şi elaborarea programelor individualizate, cu obiective precise atinse prin implicarea muncii echipei multidisciplinare.

C. *Dezvoltarea motricitatii* apelează la diagnosticul nivelului de dezvoltare al psihomotricităţii generale în raport cu etaloanele elaborate. Pot exista tulburări de dezvoltare a unor componente ale motricitatii generale. Se poate manifesta o hiperkinezie cu implicarea motricitatii generale şi a celei fine. Se pot manifesta dificultăţi de coordonare, de echilibru, inabilităţi în orientarea spaţială, o stăpânire

mai slabă a folosirii forţei, dificultăţi în racordarea unor praxii, gesturi la o anume viteză cerută de sarcini.

Motricitatea fină vizează utilizarea eficientă a mâinilor, formarea unor gesturi, praxii. Capacităţile care joacă un rol de bază în motricitatea fină sunt: stăpânirea mişcărilor fine ale degetelor şi ale mâinilor, formarea capacităţii de prindere şi manipulare a obiectelor, capacitatea de manevrare bimanuală a unor obiecte în raport cu alte sarcini.

Abilităţile motricitatii fine sunt esenţiale în formarea unor deprinderi motorii, în formarea abilităţilor de scriere, desen sau a unor deprinderi profesionale.

D. *Coordonarea ochi-mână:* exerciţiile de coordonare ochi-mână se cuplează cu cele de dezvoltare a motricitatii fine, în ambele fiind implicată manevrarea de obiecte.

în general, exerciţiile de motricitate fină, de coordonare oculo-manuală şi perceptive, vor fi strâns relaţionate în programele individualizate şi se vor raporta la vârsta subiectului şi la nivelurile atinse în dezvoltare pe aceste 3 planuri.

Exerciţiile sunt grupate în două categorii: exerciţii de manevrare de obiecte; exerciţii de desen (ce ţin de prescriere).

E. *Abilităţile cognitive* - Schopler şi colaboratorii includ aici două domenii conexe:

a) comprehensiunea receptivă a mijloacelor de comunicare orală, mimică şi simbolică;

b) capacităţile intelectuale, cum ar fi cele implicate în clasificări făcute pe bază de sortare şi ierarhizare.

Se urmăreşte:

- antrenarea capacităţii de analiză, comparare, sinteză, abstractizare şi generalizare, concretizare;

- dezvoltarea unor abilităţi legate de rezolvarea unor probleme (legate de viaţa cotidiană);

- dezvoltarea funcţiilor limbajului (cea cognitivă): exerciţii privind receptarea mesajelor verbale şi înţelegerea acestora. Instructajele sunt adesea însoţite de demonstraţii. Programele de învăţare se bazează pe exerciţii non-verbale

care vizează diverse performanţe cognitive: sarcini de nuanţă cognitivă; probe cu conţinut informaţional spaţial (adesea, capacităţile cognitive non-verbale pot fi achiziţionate mai repede de unii copii în raport cu capacităţile cognitive care implică limbajul oral).

Capacităţile cognitive vizate prin diverse exerciţii se raportează la programele şcolare şi apoi la posibila profesionalizare a tinerilor autişti, în contexul unor ateliere protejate.

F. *Competenţa verbală.* Fiecare program de limbaj este individualizat în raport cu abilităţile din sfera cognitivă, a motricitatii fine. La subiecţii de vârstă mică se insistă asupra exerciţiilor de stimulare a vocalizărilor, pronunţării unui cuvânt izolat, a unor propoziţii scurte etc.

Se aplică individual, programe de stimulare, corectare, formare şi dezvoltare a limbajului pornindu-se de la exerciţii ce vizează prelimbajul: dezvoltarea atenţiei, a limbajului receptiv şi a celui expresiv.

G. *Autonomia.* Proiectarea unor exerciţii ce vizează autonomia personală a subiectului pornesc de la formarea acelor abilităţi simple legate de controlul sfincterelor, utilizarea toaletei, spălatul, îmbrăcatul, hrănirea. In formarea acestor abilităţi se face totodată şi educarea părinţilor, exerciţiile de autonomie trebuie să facă parte din rutinele cotidiene de învăţare acasă şi în alte instituţii.

Exerciţiile de autonomie trebuie să vizeze următoarele:

- o preferinţă marcată a copilului pentru diverse alimente;

- capacităţile verbale limitate care împiedică uneori utilizarea instrucţiei verbale, fiind utilizate, în acest sens, gesturile, demonstraţiile în manieră vizualizată;

- tendinţa spre stereotipii, rutine, care poate împiedica formarea abilităţilor de autonomie;

- antrenarea capacităţii de concentrare a atenţiei, prin utilizarea unor stimuli vizuali, auditivi, care focalizează şi menţin atenţia.

H. *Sociabilitatea.* Toate ameliorările din sfera competenţelor cognitive, a comunicărilor verbale şi nonverbale, a autonomiei se repercutează şi în sfera sociabilităţii. De asemeni, tot aici se repercutează şi ameliorările care ţin de aspectele relaţionale. Obiectivele care vizează sociabilitatea şi conduita sunt strâns relaţionate.

Exerciţiile vizează:

- însuşirea unor deprinderi legate de viaţa cotidiană (salutul de rutină, relaţionarea cu ceilalţi în timpul jocului);

- controlul voluntar, stăpânirea de sine până la respectarea unor reguli.

In sfera conduitei, se aplică terapii de nuanţă comportamentală care să elimine tendinţa unor copii spre automutilare, auto şi hetero-agresivitate, comportamente distructive, perseverente, ce perturbă relaţiile cu alţii, comportamente deficitare ce ţin de nonacceptarea schimbărilor din ambianţă.

Schopler arată că se pot îngemăna două tipuri de metode de tratament a tulburărilor comportamentale ale autiştilor:

a) unele ce privesc o problemă de conduită care apare în cadrul programelor de învăţare;

b) cele care se impun în cazul în care tulburările comportamentale întrerup orice activitate de învăţare şi sunt incompatibile cu achiziţia de noi abilităţi.

In acest sens, sistemul TEACCH, care are ca principiu de bază *structurarea învăţării,* descrie *patru componente ale învăţării structurate:*

- *Organizarea mediului fizic* (spaţiul în care se desfăşoară activităţile), se referă la planul fizic al încăperii folosite pentru învăţare, muncă, activităţi de convieţuire şi timpul

liber. Accentul este pus pe consistenţă, arii vizuale clare şi delimitarea ariilor pentru activităţile specifice. Acestea îi ajută pe copii să identifice şi să-şi amintească locul în care se desfăşoară activităţile şi legătura dintre acestea. Organizarea mediului fizic sporeşte abilităţile copiilor autişti în înţelegerea şi desfăşurarea activităţilor într-un mod cât mai eficient în spaţiul familiar.

- *Structurile vizuale* ale spaţiilor în care se desfăşoară activităţile îi ajută pe subiecţi să-şi focalizeze atenţia pe aspectele relevante ale sarcinii de lucru. Aceşti copii sunt, de obicei, distraşi de stimuîii vizuali şi sonori, identificarea sau surprinderea indiciilor relevante fiind dificilă pentru ei. Blocarea acestor stimuli vizuali şi auditivi facilitează focalizarea pe dimensiunile adecvate ale activităţii lor. Utilizarea unui număr minim de decoraţiuni pe pereţi lângă aria individuală de studiu este o variantă de minimalizare a distragerii atenţiei.

- *Programele individualizate.* Dacă structura fizică a spaţiului ajută copilul să înţeleagă unde se desfăşoară activitatea, programul reduce dificultăţile legate de *când şi ce* activitate va fi desfăşurată şi îl ajută să o anticipeze. Aceste programe vizualizate în imagini sunt

eficiente, deoarece:

- reduc problemele legate de organizare şi timp;

- compensează problemele legate de receptarea limbajului care, de asemenea, constituie un obstacol în urmărirea instrucţiunilor verbale;

- sporesc motivaţia proprie, deoarece copilul poate anticipa pe baza imaginilor din program ceea ce urmează (prima dată activitatea de învăţare, apoi jocul);

- odată ce copilul învaţă să folosească aceste programe, învaţă şi să urmeze instrucţiuni în mod independent;

- sprijină şi sporesc independenţa copilului.

Sistemul TEACCH consideră că sunt necesare simultan două tipuri de programe: programul general al grupei şi programe individuale pentru fiecare copil în parte.

Programul general al grupei e acelaşi pentru fiecare săptămână, excepţie făcând doar evenimentele speciale (de exemplu, excursiile). Acest program e afişat pentru toţi copiii şi poate lua forma programului în imagini sau a celui scris, în funcţie de nivelul de dezvoltare al copiilor.

Programele pot fi organizate de sus în jos sau de la stânga la dreapta, iar în cazul în care nivelul de dezvoltare al copiilor e mai scăzut, e necesară asocierea obiectelor care reprezintă o activitate cu activitatea respectivă, iar treptat, schimbarea obiectelor cu imagini ale acestora va facilita, în timp, posibilitatea simplificării programului şi raportarea ulterioară a copilului la programul constituit din imagini.

E important ca trecerea la o altă activitate să se marcheze prin eliminarea obiectului sau a imaginii reprezentative, facilitând astfel trecerea spre pasul următor.

Pentru copiii cu nivel funcţional nonverbal scăzut, programul constituit cu ajutorul obiectelor e cel mai simplu şi adecvat. De exemplu, copilului i se poate da o perie de dinţi ca să i se amintească să meargă în aria toaletei, ori o haină pentru a-i aminti să meargă afară. Nivelul de abstractizare al programului pentru fiecare copil în parte trebuie să fie relaţionat cu nivelul de dezvoltare funcţională al acestuia.

- *Structurarea sarcinilor:* în timp ce programul indică fiecărui copil secvenţele activităţilor desfăşurate în timpul zilei, structurarea sarcinilor informează copiii despre ceea ce trebuie să facă în timpul

activităţilor ce trebuie desfăşurate în mod independent. Acest aspect al învăţării structurate este esenţial pentru copil, acesta învăţând cum să muncească la un nivel mai ridicat de independenţă.

Structurarea sarcinilor îi ajută pe copii să ştie ce se aşteaptă de la ei în timpul activităţii, oferindu-le, totodată, şi modalităţi de a se autoorganiza în mod sistematic şi de a rezolva sarcina de muncă individuală.

Acest sistem este bazat pe materiale concrete, astfel încât copilul să vizualizeze sarcina de lucru. Materialul de lucru este plasat în partea stângă, iar odată cu soluţionarea sarcinii de lucru, materialul trece în partea dreaptă, astfel încât copilul percepe momentele de început şi de sfârşit a activităţii (atunci când tot materialul este plasat în partea dreaptă, copilul înţelege că sarcina de lucru a fost îndeplinită).

Important e ca profesorul să cunoască nevoile fiecărui copil şi modul în care să le expună cel mai bine pentru a forma un sistem de muncă individual (Schopler, E., Mesibov, G., Hearsy, K., 1995).

7.6.2. Programele individuale -premisă a creşterii gradului de independenţă şi a diminuării problemelor comportamentale

Datorită particularităţilor specifice învăţării la copiii autişti, este importantă organizarea structurilor de învăţare în programe individualizate.

Descriem, mai întâi, câteva din caracteristicile învăţării, caracteristici care fac necesară alcătuirea unor astfel de programe. Astfel, copiii autişti: nu înţeleg explicaţiile verbale asupra a ceea ce se va întâmpla în continuare; nu-şi amintesc secvenţele evenimentelor, deci nu vor putea anticipa; se simt inconfortabil neştiind ce va urma; întâmpină dificultăţi în orice schimbare datorită incertitudinii a ceea ce va fi; activitatea lor este dependentă de cadrul în care s-a realizat învăţarea.

De asemenea, copiii autişti au dificultăţi în a se organiza singuri dincolo de spaţiul cunoscut, în a face alegeri (încearcă mai multe lucruri odată), în a iniţia jocul singuri cu o jucărie, în a şti cum să utilizeze materiale independent.

Copilul autist întâmpină, în egală măsură, probleme în înţelegerea instrucţiunilor de grup: nu poate urma direcţia grupului (are nevoie de instrucţiuni separate, individuale), nu înţelege cuvinte

din instrucţiuni, cântece, activităţi, nu poate aştepta mult fără să facă ceva, nu poate aştepta mult fără *feed-back* şi nu poate anticipa când e rândul său.

Modificările neprevăzute în program, absenţa profesorului de pildă, îi creează, de asemenea, probleme sau confuzii.

Modelele de programe care organizează informaţiile ce pregătesc copilul pentru evenimentele următoare conduc la creşterea motivaţiei şi reduc problemele comportamentale asociate cu confuzie şi stres. în consecinţă, programul devine structura pe baza căreia noile activităţi se dezvoltă.

In constituirea acestor programe individuale, trebuie alternate activităţile preferate de copil cu cele care îi plac mai puţin sau chiar deloc. Astfel, o activitate care nu place copilului trebuie planificată înaintea uneia preferate de către copil, deoarece, se consideră că, în timp, copilul va ajunge să o valorizeze şi pe cea neplăcută iniţial. De asemenea, acţiunile care nu sunt agreate de copil pot să urmeze după o acţiune indiferentă (familiară copilului).

Copiii cu autism au nevoie de multiple informaţii pe diverse niveluri (programe organizate pe zile, luni, săptămâni, iar unii necesită mini programe chiar mai detaliate).

Copiii mici au nevoie de un program care să cuprindă activităţile pentru întreaga zi, în succesiunea lor, şi un miniprogram de 3-5 minute pentru perioadele de muncă (activitate dirijată).

Pentru cei care au învăţat deja rutinele zilei, crearea unui miniprogram cu specificarea perioadelor mai dificile (activităţile de bază) este şi ea foarte necesară.

Pentru copiii de vârstă mică şi/sau cu dizabilităţi accentuate, programul zilei trebuie realizat folosindu-se obiecte concrete şi nu imagini ale acestora, substitute bidimensionale ale realităţii cu un nivel mai ridicat de abstractizare. Pentru copiii de vârstă mai mare şi/sau cu dizabilităţi mai puţin accentuate, programul zilei poate fi constituit din imagini, dar condiţia fundamentală este ca acestea să fie cât mai elocvente şi să stabilească legătura cu activitatea substituită prin intermediul acestora.

Timpul alocat fiecărei activităţi depinde de vârsta şi capacitatea de concentrare ale copilului, precum şi de măsura în care copilul preferă sau nu acea activitate. Timpul petrecut în activităţi nedorite de copil trebuie să fie foarte scurt.

E indicat ca o activitate să se termine înainte ca subiectul să devină obosit sau plictisit. Dacă activitatea se termină după ce apar aceste semne şi copilul încercă să renunţe la ea, el va învăţa modalităţi de „evadare" din aceste activităţi înaintea terminării lor.

Astfel schimbarea activităţii sau o scurtă pauză înainte să devină plictisit, ar fi o soluţie ("Ai muncit greu, poţi să te opreşti acum

şi poţi să..... "), lăsând copilul pentru un scurt timp să desfăşoare o

activitate dorită.

Suportul vizual îi oferă copilului posibilitatea de a avea acces la informaţie, îi oferă organizare şi structură, îi clarifică expectanţele şi informaţiile; îl ajută să facă alegeri; îi sporeşte independenţa. Programul trebuie să fie variat, în timp ce structura de bază rămâne aceeaşi; materialele, activităţile, o parte a programului trebuie modificate în fiecare zi. Operându-se aceste modificări, copiii sunt pregătiţi pentru schimbări şi, astfel, creşte nivelul flexibilităţii şi al toleranţei la schimbări (problemă critică la aceşti copii).

De asemenea, e importantă şi alternanţa între modul de realizare a activităţii individual, independent şi pe grupuri mici. Oportunitatea de a face alegeri creşte nivelul motivational. E necesar ca fiecare copil să ştie ce conţine programul propriu, iar profesorul trebuie să revadă programul împreună cu copilul în fiecare dimineaţă, evidenţiind fiecare modificare survenită.

Copilul trebuie să înveţe "să pună deoparte" activitatea care tocmai s-a terminat. Cu cât devine mai independent, forma programului poate fi îmbunătăţită. Important este ca fiecare copil să fie informat asupra modificărilor survenite în program şi să i se explice de ce s-a produs modificarea.

*7.6.3.Prezentarea unor exemple de programe integrate **şi** individualizate pentru ameliorarea calităţii vieţii copiilor autişti*

1. Integrarea şcolară a copiilor autişti Prezentarea clasei integrate din Chatenay-Malabry

Copilul autist este, prin însăşi natura deficitelor sale, o adevărată provocare; tulburările pe care le prezintă, spre deosebire de alte tulburări, inclusiv mintale, se referă în mod esenţial la ceea ce

reprezintă viaţa în societate: comunicarea, înţelegerea relaţiilor interpersonale, mergând până la aspectele sale cele mai puţin formale. Nu lipseşte numai schimbul verbal, dar şi simbolicul, jocul, gestul, imitaţia, empatia.

Este foarte dificil de imaginat ce poate trăi un copil constrâns să crească într-o astfel de reţea de probleme. El nu pare a căuta să se integreze, şi, cu toate acestea, experienţa a demonstrat faptul că este extrem de fericit şi progresează în mod decisiv când este implicat în viaţa şi în experienţele semenilor.

De asemenea, nu este vorba de a-l accepta la şcoală *în ciuda* deficienţelor sale, mai ales în cazurile mai puţin severe, el adaptând într-o oarecare măsură cadrul, materialul, metodele pedagogice. Este vorba de a-l integra *din cauza* deficienţelor sale.

Integrarea, dacă este elaborată şi condusă pornind de la o pedagogie specifică, este cel mai puternic mod de ameliorare a prognosticului pentru copiii autişti. Pare important de adăugat că integrarea devine o mişcare cu dublu sens, de la copilul autist spre lumea exterioară, pentru formarea percepţiilor, dobândirea de cunoştinţe, mijloace de comunicare, şi de la anturaj către acest copil atât de diferit.

Sistemul de intervenţie amintit este fundamentat pe o anumită concepţie asupra autismului, conform căreia ar putea fi vorba de o psihoză de origine relaţională, ale cărei efecte ar putea fi reversibile dacă s-ar reuşi o intervenţie asupra mecanismelor patologice şi o reconstrucţie a unor baze relaţionale normale. In aceste condiţii, ar rezulta ideea conform căreia obligaţia şcolară a acestor copii ar fi înlocuită cu frecventarea unui spital de zi, în care obiectivele educative îşi pierd valoarea. S-a constatat, de altfel că deprivarea educativă şi segregarea socială produc efecte dezastruoase asupra unor astfel de copii, atât de puternic atinşi în ceea ce priveşte capacitatea de dezvoltare.

Acest tablou ar putea să apară întunecat, dar nu este vorba decât de un ecran în spatele căruia este mascată drama umană şi socială a autismului.

De aceea, dacă dorim să vorbim de integrare socială în cazul autismului, trebuie să vorbim şi de integrare şcolară din cel puţin două motive: unul general, legat de modul de a înţelege handicapul, de a

învăţa o comunicare cu persoanele diferite, şi unul specific, acela de a introduce în şcoală această adevărată provocare a autismului.

a. Integrarea individuală

In cadrul grădiniţei, integrarea unui copil într-o grupă obişnuită este destul de frecventă, cerută de părinţi şi deseori încurajată de pedo-psihiatri deoarece rezultatele sunt de multe ori considerate net pozitive pentru copilul cu deficienţe. Modalităţile şi durata sunt variabile, în majoritatea cazurilor, integrarea se realizează parţial şi durează 2-3 ani, necesitând un complement educativ individualizat.

In cel mai bun caz, copilul este reţinut - cu mult efort şi devotament din partea institutorului - până la limita maximă de vârstă. Dar acest lucru nu se produce întotdeauna în modul cel mai potrivit, iar educatorii se luptă cu o situaţie imperfectă pentru copil şi dificilă pentru ei.

Mai puţin frecvent există părinţi care relatează experienţele de integrare în clase de perfecţionare şi adaptare, admiterea în acestea expirând în momentul în care se consideră realizată atingerea unui prag de toleranţă.

In sfârşit, există câteva cazuri de integrare individuală în clase normale în beneficiul copiilor autişti mai evoluaţi, uneori chiar pe parcursul mai multor ani.

Toate acestea fac parte din ceea ce se numeşte "integrare sălbatică", adică fără alte mijloace suplimentare.

Dacă se pune problema unei critici a acestor iniţiative, este necesară mai întâi, compararea cu alte situaţii disponibile "acum şi aici" pentru un anume copil. Dar nu trebuie mascat caracterul fragil şi aleatoriu al acestor experienţe, limitate la cazurile marginale, la medii sau la persoane extrem de deschise. în absenţa mijloacelor suplimentare, există foarte multe şanse ca proiectul educativ să fie cantonat de contactul social cu alţi copii, care poate reprezenta un progres momentan, dar pe termen mediu poate duce la un eşec.

în mod evident, nu este posibilă identificarea integrării individuale cu "integrarea sălbatică", deoarece pentru copiii autişti de vârstă mai mică, ca şi pentru cei mai evoluaţi, integrarea individuală rămâne cea mai eficientă soluţie.

b. Clasele integrate

1)*Geneza*

A priori, nimic nu pare mai natural şi mai original decât o clasă adaptată în cadrul şcolii pentru a face faţă trebuinţelor educative specifice ale unei categorii de copii. Dar această idee aplicată autismului a părut cu toate acestea revoluţionară pentru o mare parte a specialiştilor. Ea a apărut în 1983 în cadrul unui grup al Asociaţiei "Autisme-Ile-de-France", în contextul unei ostilităţi exterioare în care educaţia copiilor autişti era considerată de către curentul dominant al perioadei, ca o condiţionare nesănătoasă şi abuzivă.

Specialiştii asociaţiei amintite au întreprins o serie de cercetări, în special în ţările anglo-saxone şi scandinave, şi au publicat în 1983 o lucrare intitulată *Les chemins de I 'education* (Căile educaţiei). In această lucrare, este amintit, printre altele, primul proiect pedagogic de clasă integrată pentru copii autişti, destinat reconcilierii educaţiei speciale cu viaţa socială normală. Astfel, s-a născut prima clasă de acest tip la şcoala primară publică din Bures-sur-Yvette în Essone, în septembrie 1984.

Accentul a fost pus îndeosebi pe munca ce se bazează pe corp: orice achiziţie cognitivă trece prin exploatarea simbolică şi praxică a unei mari varietăţi de experienţe fizice. Datorită acestei baze metodologice, integrarea a putut să fie dezvoltată în acelaşi timp diversificat şi adaptată trebuinţelor individuale.

Integrarea implică, în mod evident, un proiect recunoscut, precizându-se orientarea şi metodologia, un învăţământ competent şi motivat, dispunând de o formare iniţială şi permanentă în domeniul abordării ştiinţifice şi pedagogice a autismului, o instituţie deschisă, un ansamblu de colaborări între profesorul specialist, alţi colegi, părinţi, elevi, proiecte educative individualizate, evaluări şi bilanţuri regulate.

2) *Clasa integrată ca alternativă a spitalului de zi* Pentru un mare număr de părinţi, clasa integrată constituie o alternativă la structura psihiatrică reprezentată de spitalul de zi sau la o instituţie specială. întrebarea apare firesc: de ce un anumit număr de părinţi, grupaţi în asociaţii, resping aceste structuri specializate? O mamă a unui copil autist explică: "Nu eram perfect mulţumită de spitalul de zi. Vedeam că fiul meu nu era nefericit că merge acolo...dar

nu făcea nici un progres, iar eu eram complet dezorientată cu privire la evoluţia sa". Această dezorientare rezultă cu mai multă precizie din continuarea interviului: "Când îmi duceam copilul la spitalul de zi, eu vorbeam, dar nu mi se spunea nimic. Psihiatrii îmi puneau întrebări care nu aveau nici o legătură cu motivul pentru care eram acolo... Dacă îi întrebam în ce stadiu se găseşte copilul meu, ce progrese a făcut, nu mi se răspundea sau răspunsurile erau foarte evazive".

Astfel, relaţia care se stabileşte între părinţi şi echipa de psihiatrii este trăită de către părinţi ca o relaţie unilaterală, iar natura întrebărilor adresate acestora dovedeşte, în mod

evident, existenţa unei concepţii psihogenetice asupra autismului. Autismul se consideră aici raportat la relaţia cu mama. Cât despre evaluarea capacităţilor copilului, nu se poate spune decât că este absentă. Deci, dacă cineva încearcă să se pună în postura părinţilor, va înţelege cu uşurinţă dezamăgirea, suferinţa lor, dar şi acel sentiment de nerecunoaştere a eforturilor depuse de ei.

O altă critică adusă spitalelor de zi este aceea legată de lipsa transparenţei: nu se ştie ce se întâmplă acolo, nu se poate pătrunde. De aici, orice închipuire este posibilă, fiind necesară umplerea golurilor date de absenţa informaţiilor.

Insă critica cea mai gravă adresată de către părinţi este cea legată de neluarea în considerare a educaţiei, îngrijirile de ordin medical şi psihologic nefiind suficiente. In aceste instituţii există şi educatori, dar aceştia se ocupă cu prioritate de copiii mai evoluaţi, de cei care comunică şi care manifestă dorinţa de a învăţa. Ceea ce este departe de a fi aşa în cazul autismului.

3) *Principiile funcţionării clasei integrate din Chatenay-*

Malabry

In contrast cu ceea ce s-a spus până aici despre spitalele de zi, clasa integrată oferă, în majoritatea cazurilor, satisfacţie părinţilor, deoarece prezintă o serie de condiţii dintre care pot fi enumerate următoarele:

- o clasă cu efectiv mic (4-5 copii) de care se ocupă doi adulţi, un profesor şi un educator;

- o echipă pluridisciplinară care se ocupă în mod special de educaţie;

- o colaborare strânsă între această echipă şi părinţi.

Clasa integrată oferă deci această posibilitate de cooperare care le este refuzată părinţilor în spitalele de zi, nu numai prin invitaţia ce Ie este adresată de a veni în clase în anumite momente, dar şi prin comunicarea efectivă cu aceştia prin intermediul unui instrument foarte preţios în ochii lor şi util specialiştilor, care este "caietul de legătură". în fiecare zi, atât părinţii cât şi specialiştii completează acest caiet pentru relatarea faptelor de remarcat din cursul zilei. Acest lucru este extrem de important pentru favorizarea generalizării achiziţiilor, care este atât de dificil de realizat în cazul autismului. Este de asemenea interesant faptul că, uneori, apare din partea părinţilor cererea ca activităţile să fie desfăşurate Ia domiciliu. Nu este vorba de o obligaţie, ci de o posibilitate.

Dacă această clasă există, este nu numai datorită iniţiativei părinţilor, ci şi datorită autorităţilor administrative, care au acceptat să contribuie chiar cu resurse proprii, cum este cazul directorului şcolii din Chatenay. Acesta nu numai că şi-a dat acordul pentru

deschiderea clasei, dar nu a ezitat să participe direct la îngrijirea copiilor, fiind deci un exemplu pentru profesori. Această experienţă le-a permis, pe de altă parte, directorului şi echipei sale să relativizeze oarecum exigenţele faţă de elevi, mai ales faţă de cei în dificultate.

Astfel, primirea unor autişti la această şcoală a determinat modificarea privirii de ansamblu asupra celorlalţi copii, ceea ce a influenţat dinamica echipei, chiar dacă acest efect rămâne greu de evaluat. Faptul că unii copii s-au ocupat de micii autişti a însemnat mult pentru ei. Poate că pare greu de definit, de evaluat, de măsurat, dar lucrul este important în momentul când şcoala "trăieşte" efectiv.

Există un climat special, care s-a dezvoltat în raporturile dintre copii, normali şi autişti, sau între copiii din şcoală în general. Acest efect "în cascadă" se datorează esenţialmente *practicii tutoratului,* o formulă originală care a putut fi extinsă ansamblului elevilor şcolii pentru efectele sale pozitive. Ea permite nu numai acordarea unui ajutor eficient copiilor aflaţi în dificultate, dar în acelaşi timp, pune în valoare capacităţile tutorilor favorizându-le progresul.

In cadrul tutoratului, este necesară distincţia între adulţi şi copii. La Chatenay, adulţii sunt mult mai puţin implicaţi decât copiii, dar există profesori care îi primesc pe autişti în clasele lor pentru unele activităţi. Este cazul unei educatoare de grădiniţă care relatează: "La

început erau lucruri care mă deconcertau, cum trebuie să mă port cu Xavier când îmi ia mâinile şi când mă ciupeşte, mă doare, ce trebuie să fac? Am acţionat atunci după un anume *feeling,* am spus, Xavier opreşte-te! mă doare! Cred că era soluţia bună de a-i vorbi ca unui copil, dar am cerut un sfat".

Soluţia adoptată de această educatoare este cea potrivită, deoarece ea nu-l tratează pe copilul respectiv ca pe un "bolnav", ci ca pe un elev ca oricare altul, jucând astfel un rol educativ, ceea ce este foarte important pentru copil.

Este interesant de constatat faptul că, înainte de a face apel la adulţi, în caz de dificultate, elevii încearcă, cu eforturi conjugate să rezolve problema, atitudine susceptibilă de a dezvolta solidaritatea între ei. Ei pot să conştientizeze, în aceste situaţii, dificultatea rolului educativ şi modul în care se situează ei înşişi în raport cu regula: "Când ne jucăm cu ei, ne trag de păr, lovesc, şi este greu uneori să-i oprim, nu înţeleg ceea ce li se spune..."

In unele situaţii, copiii care joacă rolul de tutori sunt confruntaţi din partea copiilor autişti cu probleme mai derutante decât o simplă opoziţie sau neînţelegere: un comportament bizar, care poate provoca descumpănire. Astfel, copiii ajung să-şi pună întrebări asupra propriei persoane şi asupra altora, fiind obligaţi la reflecţie: "îmi fac probleme deoarece îi

determinăm să facă lucruri care nu le plac, deseori plâng şi lovesc şi ne întrebăm de ce, şi atunci am dori să ştim mai multe, ce se întâmplă cu ei".

Cu toate acestea, a lucra cu copii autişti nu este doar o sursă de griji sau dificultăţi, ci şi un prilej de mulţumire, în sensul că, a ajuta un copil care se află într-o situaţie precară poate oferi o recompensă, iar reuşita acestui copil este desori trăită ca o reuşită proprie.

4) *Un demers pedagogic adaptat autismului*

Principiile pedagogice aplicate în cadrul acestei clase corespund celor ale demersului TEACCH, iar profesorii şi educatorii sunt pregătiţi în conformitate cu acestea.

Este vorba, în linii mari, de solicitarea efectivă a copilului, de stimularea sa în mod intensiv, în raport cu practica mediului specializat. în mod evident, trebuie adăugat faptul că în prealabil, copilul este testat pentru evaluarea capacităţilor sale, a domeniilor în care eşuează şi a "emergentelor", adică a lucrurilor pe care le va putea face într-un viitor nu prea îndepărtat. Această procedură de evaluare

care face parte din demersul TEACCH, cu teste adecvate acestor subiecţi, este deseori criticată de cei care nu reţin decât aspectul condiţionării operante, uitând faptul că orice educaţie trebuie să conţină această parte a condiţionării. Este vorba de o pedagogie individuală, centrată esenţialmente pe potenţialul şi trebuinţele copilului, pornind de la un proiect care se actualizează pe tot parcursul şi care ţine cont, în manieră efectivă, de implicarea în partea educativă a părinţilor.

în ceea ce priveşte colaborarea cu părinţii, ea se realizează cu atât mai mult cu cât există o "structură de acompaniere" care intervine ca un terţ în această relaţie, evitând astfel apariţia unor neînţelegeri sau confuzii. Prezenţa acestui terţ în relaţia dintre părinţi şi specialişti este cu atât mai necesară cu cât fiecare se situează pe poziţii diferite şi poate avea uneori puncte de vedere divergente. Acest lucru este cu atât mai frecvent cu cât părinţii sunt mai profund implicaţi în proiectul educativ, fiind la originea inaugurării clasei.

Deoarece este cunoscut faptul că un copil autist nu face el însuşi legătura dintre diferitele situaţii, dacă adulţii din jurul lui nu ajung la un acord, există riscul imposibilităţii generalizării achiziţiilor, lumea rămânând pentru el haotică şi fragmentată. De fapt, adulţii ar trebui să se substituie din exterior funcţiei de stabilire a legăturilor între evenimente şi circumstanţele vieţii, funcţie deficitară în cazul autismului. Datorită faptului că autistul nu reuşeşte să îşi structureze spaţiul, lucrul acesta trebuie îndeplinit pentru el: dacă e! nu poate să se adapteze la alţii, aceştia trebuie să realizeze adaptarea. în aceasta constă construirea unui mediu educativ adecvat în care tot anturajul participă în manieră convergentă.

în consecinţă, proiectul pedagogic se realizează, în deplin acord cu părinţii ţinând cont de dorinţele acestora, cu condiţia ca acestea să fie realiste şi să corespundă capacităţilor copilului. Această ultimă condiţie nu este întotdeauna evidentă, după cum se poate constata din relatările personalului care lucrează în această clasă.

5) *Progresul copiilor: punctul de vedere al părinţilor* Pentru a se putea evalua progresul realizat de copii, punctul de vedere al părinţilor este în mod evident subiectiv, dar merită luat în considerare, având în vedere faptul că aceştia sunt cei care se confruntă zilnic cu dificultăţile inerente educaţiei unui copil autist.

Este de remarcat faptul că, în momentul în care părinţii sunt întrebaţi ce progrese a înregistrat copilul lor, ei evocă "bucuria de a trăi" pe care acesta o manifestă. Fără îndoială, este vorba aici de un criteriu afectiv, dar cum este cunoscută doza maximă de angoasă pe care aceşti copii o suscită în anturaj, expresia bucuriei dovedeşte realmente o importantă ameliorare. Pentru ilustrare, se poate cita din mărturia unei mame, care explică: "Thomas manifestă evident o bucurie de a trăi, este fericit. Ştie ce anume îi place din toate punctele de vedere, activităţi, hrană, este foarte lacom, tandru, se vede că este un copil care ştie acum ce vrea, iar înainte era foarte fragil. Se simţea ca un copil care avea dorinţele lui, dar care nu reuşea să le exprime. Progresul făcut este imens."

Se poate stabili o relaţie între bucuria copilului şi mijloacele de expresie care i-au fost date pentru exprimarea trebuinţelor. Ce poate fi mai frustrant când avem dorinţe, trebuinţe sau dureri şi când nu dispunem de limbaj, nu avem posibilitatea de a le exprima noi înşine? Pentru a-l ajuta pe un copil aflat în această situaţie, au fost concepute mijloace de expresie şi în mod special mijloace propuse ca "alternative" ale limbajului verbal, adică imagini sau fotografii la care copilul se poate referi şi pe care Ie poate arăta interlocutorului în momentul în care doreşte ceva. De aici, într-adevăr, poate interveni o ameliorare a stării sale, iar datorită faptului că nu mai prezintă tulburări de comportament atât de devastatoare datorate unei continue frustrări, se poate integra mai uşor în mediu, în primul rând în propria sa familie. In acest sens, mama lui Thomas relatează: "Se integrează mai bine peste tot, adică pot să îl iau cu mine aproape peste tot fără probleme. Bineînţeles că face prostii, este evident autist..., dar îl iau fără complexe la piscină, în parc, în vizită."

Această capacitate de integrare este decisivă pentru integrarea sa socială ulterioară. Un copil care de timpuriu s-a obişnuit a se afla printre ceilalţi, se va integra mult mai uşor mai târziu în societate.

Problema copilului de care a fost vorba mai sus, ca şi a multor copii autişti, este comunicarea cu ceilalţi, acea vestită "retragere de tip autist". în structura creată la Chatenay acest deficit de comunicare a fost ameliorat prin însăşi metoda comunicării. In locul integrării copiilor autişti într-un univers specializat, unde nu pot lua contact decât cu unii copii care nu pot comunica datorită patologiei lor, s-a preferat inserţia acestora într-

un univers al celor ce comunică "normal". Dacă este să acceptăm spusele părinţilor, acest mediu are

efecte terapeutice benefice, din moment ce diminuează retragerea de tip autist.

Dar nu este vorba de un rezultat magic, ci de consecinţa unui întreg demers pedagogic individualizat, structurat, care a permis copilului să-şi dezvolte cât mai bine capacităţile de expresie şi comunicare. Evident, copilul rămâne autist, dar este mai puţin retras. Este demn de remarcat entuziasmul unei mame, care afirmă: "începe să dobândească noţiuni şcolare, cum ar fi cititul, scrisul, socotitul. Este realmente extraordinar să vezi că un copil într-o structură de acest tip face astfel de progrese. Este un copil care se bucură efectiv că merge la şcoală."

Nu este vorba aici numai de o integrare socială, ci de dezvoltarea capacităţilor de comunicare ale copiilor. Obiectivul constă şi în a favoriza exprimarea potenţialului lor intelectual printr-un demers adecvat.

Se poate pune întrebarea, pe bună dreptate, care este viitorul acestor copii integraţi în şcoala normală? Unii dintre ei vor putea continua şcoala într-o clasă integrată de liceu, chiar dacă este vorba de o minoritate. Liceele sunt mult mai puţin primitoare decât şcolile primare pentru copiii cu deficienţe, mai ales dacă această deficienţă este mintală. Organizarea lor este mai complexă, iar exigenţele pedagogice sunt mai mari. Cu toate acestea, există tentative de constituire a unor clase pentru adolescenţi autişti în liceu, fapt care arată că această experienţă merită să fie continuată.

2. Copilul autist şi externatul medico-pedagogic

Dacă conceptul general de autism este cel de tulburare profundă şi precoce a dezvoltării percepţiilor şi a integrării lor, atitudinea terapeutică trebuie să fie apropiată de cea manifestată actualmente în cazul copiilor surzi, ca de exemplu o intervenţie activă împotriva izolării lor, sporirea intensităţii mesajelor aferente, a expresiilor mimice, labiale, gestuale, pentru îmbogăţirea comunicării. Astfel, trebuie create mijloace în vederea realizării contactului şi reducerii tulburărilor de comportament: agresivitatea, instabilitatea, retragerea.

Cine mai poate gândi astăzi că aparatura, reeducarea

ortofonică, educarea specială a copilului şi în paralel, educarea părinţilor, sunt pentru copilul surd un aport periculos, agresiv?

Cine mai poate crede că pentru tânărul nevăzător utilizarea bastonului alb în deplasările sale constituie o exigenţă educativă excesivă, o agresiune socio-psihologică?

1 .La fel ca şi nevăzătorii sau cei cu deficienţe de auz, tânărul autist nu este predestinat a rămâne în instituţii psihiatrice, iar terapia **lui** vizează posibilitatea realizării unei vieţi sociale în afara azilelor, prin urmare, terapia autismului vizează o educare optimă în vederea realizării unei adaptări extrainstituţionale.

2. In ultimii ani s-au depus eforturi pentru integrarea multor copii cu handicap mental în grădiniţe, şcoli, în unele clase primare sau în clase unice existente în şcoli. Pentru copilul mic, pe de o parte şi pentru copilul mare, pe de altă parte, şcoala "normală" reprezintă o "baie de normalitate", dovada unei coexistenţe posibile.

Cele câteva ore de prezenţă în şcoală nu trebuie să ne dea iluzia unei reale integrări şcolare, în sens educaţional sau pedagogic: autistul este acceptat, tolerat şi chiar bine primit de către ceilalţi dar adesea el nu beneficiază de nici o metodă pedagogică specifică.

O posibilă rezolvare a acestei probleme pare s-o aducă pluri-disciplinaritatea. Pluridisciplinaritatea a fost primul element caracteristic al şcolii "Notre ecole", primul externat medico-pedagogic pilot pentru o pedagogie adaptată tânărului autist (Rosenberger, 1990).

"Notre ecole"este o şcoală în care sunt încadraţi 20 de tineri autişti, cu vârste cuprinse între 3 şi 16 ani, împreună cu un personal pluridisciplinar: educatori, psihologi, ortofonoşti, psihomotricieni, infirmiere, medic pediatru.

înfiinţarea sa a fost originală, şcoala fiind creată în urma unui consens între o asociaţie a părinţilor tinerilor autişti, un medic pediatru şi o secţie de psihiatrie infantilă.

Originea acestui centru relevă, deci, coerenţa de motivaţii şi energii, dobândind o maturitate ca urmare a experienţelor şi eşecurilor trăite de unii în instituţiile clasice.

în plan metodologic, prima caracteristică a centrului constă în seriozitatea evaluării. Observarea, observarea activă spontană şi structurată dvice la o evaluare riguroasă a competenţelor fiecărui copil şi a profilului familiei sale.

Observarea pedagogică vizează reuşitele dobândite şi stabile, reuşitele incerte, emergentele spontane, eşecurile şi incapacităţile care

ţin de istoria proprie a subiectului şi de elementele comparative ale claselor de vârstă.

Se impun două referinţe: cea la J. Piaget şi cea la E. Schopler.

De la Piaget s-a preluat valoarea noţiunilor fenomenologice de spaţiu, timp, semiologie, de progresie codificată a schemelor senzo-riomotorii, importanţa experienţei şi a învăţării. Se insistă pe două cote esenţiale:

1) întâietatea concretului faţă de abstract în cadrul învăţării psiho-intelectuale;

2) sinergia fenomenelor intelectuale şi educative.

Unitatea de concept a acestor două valori implică faptul că nu există nici ierarhie şi nici alegere între ele; se acceptă că eşecul poate fi şi trebuie să fie structurat; iar educarea tânărului autist nu se poate concepe ca un simplu respect faţă de inerţia autistică. Nu există educare fără riscuri, cu atât mai mult educare fără iniţiativa adultului, fără intervenţia sa.

De la Schopler s-a însuşit utilizarea metodelor de evaluare adaptate autiştilor, cum ar fi Profilul Psiho-Educaţional *(P.E.P.)*.

Elementul de noutate, instituit în cadrul externatului îl constituie aportul medical ca ajutor în procesul educaţional. Aceasta înseamnă că observarea medicală este asociată observării pedagogice, fiind cea practicată faţă de un copil considerat ca "purtător" al unui sindrom patologic neuropsihiatric.

Prezenţa medicală specializată permite:

- explorarea biologică şi tehnică de care aceşti copii au nevoie,

- posibilitatea chimioterapiei, integrată în aportul psiho-educaţional.

Obiectul principal al centrului este conceperea unui program individualizat, coerent, reevaluat la anumite intervale de timp. Un astfel de program trebuie să ţină seama, bineînţeles, de dorinţele părinţilor, mai ales în ceea ce priveşte achiziţiile sociale implicate în viaţa cotidiană: deplasări, igienă personală, alimentaţie, jocuri, comportamentul în colectivitate, somn etc.

Echipa şi părinţii conlucrează la elaborarea unui demers comun a acţiunilor care să conducă la: precizarea priorităţilor, ierarhizarea priorităţilor familiale, precizarea mijloacelor utilizate, într-un cuvânt - fezabilitate a procesului terapeutic.

Externatul medico-pedagogic îşi merită numele datorită

metodelor colective şi scopurilor pedagogice. Copiii sunt reuniţi aici pentru a învăţa împreună şi, de asemenea, pentru a învăţa să comunice.

O asemenea abordare pedagogică ridică două probleme:

- metoda pedagogică,

- intensitatea presiunii educative.

Metoda *pedagogică*

a. Refuzul regresiunii

Prima misiune pedagogică constă în refuzul activ al izolării copilului, al stereotipii lor, al autoagresivităţii, al fricii şi al conduitelor regresive (alimentaţie, control sfincterian).

Rolul adultului este acela de a interveni pentru întreruperea conduitelor regresive: intervenţie simplă de deturnare/schimbare a activităţii copilului, antrenare într-o activitate comună sau comutare de la o activitate parazită la o conduită adaptativă apropriată.

b. Pedagogia concretă

Atitudinile educaţionale sunt individualizate pentru fiecare subiect, în funcţie de ritmul şi de necesităţile copilului.

Fiecare copil lucrează cu un pedagog/educator, în grupa alcătuită din copii foarte retardaţi. Alte grupe de copii lucrează cu imagini, limbaj scris. Alte grupe lucrează cu ajutorul limbajului oral şi scris, efectuează clasificări, aranjări în ordine, desfăşoară activităţi manuale concrete preprofesionale.

în fiecare clasă, copiii sunt aşezaţi la mese, împreună cu educatorul fiecăruia, acesta putând sta fie în faţa copilului, fie în spatele acestuia. Educatorul desfăşoară activităţi de învăţare cu copilul, utilizând cât mai multe căi de exprimare: privirea, mimica, gestica, cuvântul.

Sunt vizate stabilitatea, atenţia, interesul pentru contact şi progresele ce sunt obţinute prin repetiţii.

Educatorul poate lua copilul de mână pentru a-l ghida şi pentru a-l angaja în stabilirea contactului cu privirea.

Copiii autişti trebuie învăţaţi tot ceea ce un copil fără probleme învaţă spontan, prin intermediul privirii, prin ascultare, prin imitaţie. Trebuie să se ştie că această învăţare este întotdeauna foarte lentă şi deloc uşoară, trebuie avute în vedere dificultăţile de atenţie şi de înţelegere a acestor copii faţă de atitudinile noastre, faţă de limbajul nostru.

241 ***Autismul Infantil. Structuri psihopatologice şi terapie complexă***

Refuzurile, furiile unui copil sunt adesea, sinonime cu neînţelegerea. Adultul este acela care trebuie să găsească răspunsuri la problemele ridicate de copil. Acest lucru se operează printr-o simplificare constantă, printr-o muncă în domeniul concretului, cu ajutorul multiplilor indici: acţiuni, vizualizări, obiecte concrete, fotografii etc.

Copilul trebuie învăţat să rămână aşezat, să privească la ceea ce i se arată, să-şi fixeze privirea asupra unui obiect, a unei persoane; trebuie învăţat să-şi canalizeze şi mai apoi să-şi menţină atenţia.

Timpii pedagogici sunt alternaţi cu momente de joc, cu activităţi motrice, muzică. Intervenţia adultului este primordială, ea trebuie să se impună într-o manieră constantă, într-un context de fermitate şi căldură.

în cadrul activităţilor educative, copiii sunt grupaţi câte 2 sau 3, după capacităţi, dar întreaga echipă este responsabilă pentru toţi copiii. Fiecare membru al echipei îşi asumă o grupă de lucru şi schimbă grupa frecvent. Se doreşte ca toţi copiii să fie confruntaţi cu aceleaşi demersuri pedagogice şi totodată să fie confruntaţi cu persoane diferite. Această apropiere a mai multor persoane de un copil pare a fi esenţială, pentru

1) copilul care învaţă: adaptarea, puţin câte puţin, la persoane diferite, recunoaşterea acestor persoane constituie prima încercare de socializare şi de ieşire din comportamentul ritual şi obsesional;

2) echipa de specialişti, care poate să se familiarizeze progresiv cu această abordare educaţională; se creează o reală muncă în echipă, sudată în jurul fiecărui copil.

O după-masă pe săptămână este consacrată ieşirilor în oraş sau mersului la piscină.

După deschiderea acestei şcoli, cu titlu experimental, în vederea aprecierii impactului unei terapii educaţionale asupra copiilor autişti, s-a trecut la adoptarea unui sistem de evaluare, la două niveluri:

- nivelul de diagnosticare;

- nivelul cunoştinţelor dobândite.

Astfel, *diagnosticul sindromului autist şi severitatea autismului* sunt confirmate de referirile la două scale:

a) *ERC-A/Scala* Bretonneau 1984/1985, elaborată de echipa profesorului Lelord, la Tours, Franţa;

b) *CARS* - Childhood Autistic Rating Scale - creată de E.Schopler, Reichler, Devellis, Daly, 1971, în Carolina de Nord, SUA.

Aceste scale punctează importantele trăsături autistice, ca de exemplu:

- conduitele de izolare, atitudinile de retragere; tulburări de conduită faţă de obiecte;

- tulburări de atenţie; stereotipiile gestuale;

- probleme de limbaj;

- tulburări de comportament şi de afectivitate;

- tulburări de conduită în ceea ce priveşte alimentaţia şi somnul;

- reacţiile paradoxale la percepţiile senzoriale.

O ameliorare notabilă a comportamentului copiilor din cadrul centrului, în cursul terapiei s-a putut observa în următoarele domenii:

- adaptarea socială;

- o atenţie mai susţinută;

- o ameliorare a instabilităţilor, o diminuare a a auto- şi heteroagresi vităţi i;

- apariţia jocului spontan, la unii dintre copii;

- dispariţia unor stereotipii gestuale şi a tulburărilor de conduită faţă de obiecte.

Achiziţiile dobândite au fost evaluate cu *ERC-A* modificată şi cu scala *P.E.P.* Cotarea, în parte, se face prin raportarea la un grafic dinainte stabilit şi care permite situarea nivelului la care se află copilul în domeniul realizărilor practice, prin raportarea la nivelurile de realizare ale unui copil normal.

Copiii integraţi în centru au fost evaluaţi la niveluri de eficienţă deficitare; Ia intrarea în şcoală, doar 2 copii au trecut în ansamblu *P.E.P.-u* fiind situaţi la un nivel de eficienţă corespunzător vârstei de 7 ani; un singur copil se situa la un nivel inferior vârstei de 1 an. *P.E.P.-u* este administrat la intrarea în centru în vederea orientării terapiei educaţionale şi repetat în fiecare an, făcându-se o evaluare obiectivă şi cuantificabilă a achiziţiilor.

Progresele sunt mai rapide în primul an, urmând apoi o perioadă de încetinire; achiziţiile sunt mai clare la copiii de vârste mici şi fluctuează în fiecare an în funcţie de fiecare copil.

Programul educaţional individualizat, în funcţie de capacităţi, de comportamentul copilului, de dorinţele părinţilor, este notat într-un

caiet; tot aici sunt definite liniile principale ce trebuie urmate, activităţile ce trebuie efectuate. Fiecare membru al echipei notează în caiet toate activităţile susţinute şi de asemeni, rezultatele obţinute.

Caietul este revăzut de întreaga echipă, în mod regulat, în cadrul unor reuniuni în care sunt discutate noile orientări, deciziile pentru săptămânile următoare. Caietul poate fi pus şi la dispoziţia părinţilor care-l pot consulta.

Evaluările ar fi incomplete dacă nu s-ar ţine seama şi de alte elemente importante care fac parte din viaţa acestor copii:

- autonomia personală: hrănirea, igiena personală, îmbrăcatul-dezbrăcatul, activităţile de relaxare;

- limbajul: retardul limbajului rămâne unul din simptomele importante ale sindromului autist;

- planul motor: progresele în domeniul motricitatii globale;

- tulburări de comportament: instabilitatea, impulsivitatea.
Există şi un alt caiet care menţine o legătură permanentă între

părinţi şi specialişti, pentru fiecare familie în parte, în vederea asigurării unei cooperări eficace între echipa de specialişti şi părinţi. Prezenţa acestora este acceptată în centru, unde pot petrece o zi sau mai multe. Părinţii pot urmări caietul individual al copilului lor şi pot veni să vorbească despre dificultăţile pe care le întâmpină, în orice moment. Reuniunile părinţi-echipă au loc în mod regulat. Părinţii iau parte la ieşirile din afara şcolii, la serbări. Ajutorul cel mai mare îl pot primi din partea unui terapeut specialist în tulburări de comportament care îi poate învăţa să înţeleagă tulburările de comportament ale copilului atunci când acesta se află acasă; aceste activităţi desfăşurate în paralel, permit copilului autist să se regăsească, să se adapteze mai bine şi să ajungă la o generalizare a achiziţiilor.

Această cooperare constantă, părinţi - specialişti, nu este uşor de realizat, din următoarele motive:

• limita exigenţelor pedagogice nu este aceeaşi pentru toţi şi unii părinţi nu sunt pregătiţi să urmeze sfaturile date de echipă;

• specialiştii, acaparaţi de copil, uită de dificultăţile părinţilor de a accepta handicapul şi de angoasa lor ca urmare a acestui fapt. Se recomandă ca, împreună, părinţii şi specialiştii să definească şi redefinească capacităţile copilului, scopurile propuse; echipa trebuie să ţină cont întotdeauna de problemele pe care le pun părinţii cu privire la copilul lor. Priorităţile şi condiţiile familiale orientează

strategia terapeutică specifică fiecărui caz în parte;

• deschiderea şcolii spre lumea exterioară.

Prin ieşirile în pieţele apropiate, la magazine, la teatru sau cinema s-a urmărit facilitarea integrării copiilor într-un mediu normal dar s-a vrut şi realizarea acceptării copiilor autişti de către ceilalţi. Oamenii au început să-i privească altfel şi să le ofere un statut de copii acceptaţi, indiferent de specificitatea lor. S-a putut realiza şi integrarea mai multor copii la cursurile de gimnastică sau muzică din cadrul unei şcoli primare din apropiere. Copiii au fost acceptaţi, şi-au găsit locul într-un grup important şi s-au lăsat antrenaţi în activităţi comune sau au participat la diferite tipuri de activităţi.

In acest context de deschidere a şcolii, în cadrul ei s-a organizat o supraveghere medicală reală, pe plan somatic s-au realizat diferite examene specializate şi diverse examinări paraclinice stabilindu-se tratamentele medicamentoase.

Cei care au vizitat "Notre ecole" la deschiderea, au putut vedea copii autişti ce puteau fi descrişi astfel: copii împrăştiaţi în toată sala, izolaţi unul de altul, indiferenţi la prezenţa adulţilor sau ţipând dacă aceştia încercau să se apropie de ei; undeva, o fetiţă scuipând o jucărie fetiş adusă de acasă, urlând la vederea adulţilor şi jucându-se cu saliva; mai încolo, un copil refugiat într-un colţ manipulând un capăt de sfoară pe care refuza să-l abandoneze; un altul învârtindu-se în salturi, ascunzând cu dibăcie tot ce găsea în calea sa; altul absorbit de stereotipiile gestuale: mişcări contorsionate ale mâinilor sau mişcări pendulare ale capului, rebel la toate intervenţiile adultului; altul plimbându-se la nesfârşit în vârful picioarelor, copii care nu reacţionau la vocea umană sau la strigarea lor pe nume.

După 5 ani, aceiaşi copii aşezaţi în faţa unei mese, jucându-se cu jocuri educative, cuvinte scrise, aliniind jetoanele pentru a le număra, reproducând cuvinte pe ordinator sau construind fraze din cuvinte decupate. Pentru un moment, atenţia se dispersează, privirea fuge dar rămân sensibili la intervenţia adulţilor şi-şi reiau activitatea. Toţi lucrează şi participă în mod activ la activităţile propuse.

Trebuie văzuţi în sala de gimnastică, dansând împreună, ţinându-se de mâini sau în recreaţii, apropiaţi şi jucându-se împreună.

Acesta ar fi rezultatul celor 5 ani de terapie educaţională, aplicată unor copii consideraţi ineducabili.

Pentru ilustrarea obiectivă a acestor aspecte, se prezintă cazul unui copil, Pierre, urmărit pe o perioadă de 3 ani.

Caz clinic

La intrarea în "Notre ecole" , Pierre avea 4 ani şi jumătate. Este cel mai mic copil, având o soră de 8 ani, sănătoasă; în familie există antecedente psihiatrice, dar Pierre nu a prezentat nici un incident medical după naştere.

Antecedente personale: născut la termen, crescut acasă de mama sa fără dificultăţi aparente copilul n-a prezentat nici o tulburare de somn sau de apetit. Cu timpul, s-a observat prezenţa unui lejer retard psihomotor:

- apariţia mersului, la 17 luni,

- controlul sfincterian, nocturn şi diurn, instalat în jurul vârstei de 3,5 -4 ani,

- nedezvoltarea limbajului până la vârsta de 4 ani; n-a spus niciodată "mama" sau "tata"; gânguritul era rar; tranzitoriu, rostea cuvântul "nu".

Această carenţă în dezvoltare şi lipsă a limbajului au alertat familia, copilul fiind dus la prima consultaţie.

Diagnosticul de autism n-a fost niciodată suspectat de către părinţi, retardul în dezvoltarea limbajului fiind considerat mult timp ca având cauze ereditare, tatăl lui Pierre dobândind destul de târziu limbajul.

La întocmirea anamnezei, la interviul cu părinţii s-a relevat un comportament particular al copilului în primele luni de viaţă: un sugar prea calm care nu solicita nici mâncarea. Apoi, un copil izolat ce nu conta compania altor copii şi care îşi ignora chiar şi sora mai mare. Se juca singur, doar cu jucăriile sale, refuzând toate intervenţiile venite din exterior; fără jocuri constructive sau imaginative, doar jocuri de manipulare, de balansări, jocuri "obsesionale" de aranjare în ordine a unor capete de sfori sau de lemn. Singurul joc care-! interesa era puzzle-ul.

Nu prezenta tulburări de comportament: copil docil, prezentând doar câteva crize de ţipăt fără un motiv anume şi pe care nimic nu l-a putut calma.

Trecerea la alimentaţia cu alimente solide a fost foarte dificilă, alimentarea cu biberonul prelungindu-se până la 4 ani.

Somnul nu ridica probleme, după un ritual de adormire cu ajutorul biberonului.

Autonomia este limitată: a început să se alimenteze singur de

puţin timp, fiind întotdeauna îmbrăcat şi dezbrăcat de un altul; nu mergea singur la toaletă.

Comunicarea a fost absentă dintotdeauna. înţelegea unele cuvinte şi unele ordine simple, dar întotdeauna a fost mut.

A fost şcolarizat, după vârsta de 3,5 ani, într-o clasă la ţară şi faptul că el era diferit de ceilalţi copii a devenit evident pentru părinţi. Participa puţin la activităţile comune şi trebuia să fie foarte solicitat de ceilalţi copii şi de institutori.

După o examinare medicală făcută în cadrul unui spital de pediatrie din Paris, a fost pus diagnosticul de autism şi părinţii au solicitat o încadrare în "Notre ecole". La intrarea în şcoală Pierre prezenta un autism de intensitate severă, fără nici o formă de limbaj, foarte izolat, nestabilind contacte cu ceilalţi, fără activitate ludică.

P.E.P.-\x\ a putut fi aplicat de mai multe ori şi s-au scos în evidenţă realizările practice ale unui copil corespunzătoare vârstei de 2 ani şi 2 luni, obţinând un scor global de 22 de puncte: eşec global practic omogen situat în jurul vârstei de 2 ani.

După un an de terapie, a doua testare cu *P.E.P.,* a evidenţiat un progres de până la 45 de puncte sau o vârstă de 2 ani şi 10 luni; achiziţii maxime în domeniul percepţiei, un progres important în cel al imitaţiei precum şi în celelalte domenii de dezvoltare, cu excepţia celui verbal.

Terapia educaţională a constat în insistarea pe capacităţile de imitaţie, în propunerea de jocuri, din ce în ce mai elaborate, de reproducere a unor modele simple apoi a unora mai complexe precum şi jocuri de prelectură.

Pierre era tot mai interesat de tot ce i se propunea, lucra rapid şi eficace în rezolvarea sarcinilor propuse, făcând apel la memoria vizuală. S-a putut observa însă un comportament mai lent şi ezitant, cu atitudine oarecum catatonică, în activităţile care făceau apel la limbajul oral: alegerea obiectelor, desenarea culorilor, a schemei corporale, executarea unor ordine simple; au existat şi situaţii în care el s-a împotrivit efectuării sarcinii. în vederea facilitării activităţilor de învăţare, el a fost solicitat să lucreze cu cuvinte scrise asociate culorilor, formelor, mărimilor, noţiuni pe care Pierre le-a memorat şi asimilat repede.

După 2 ani, un al treilea *P.E.P.* administrat confirmă un progres de până la 56 de puncte sau o vârstă de 3 ani şi 4 luni, cu un maxim obţinut în domeniul percepţiei şi al motricitatii generale şi fine.

Ca urmare a terapiei educaţionale, Pierre a învăţat foarte repede şi uşor numeroase cuvinte scrise, în asociaţie cu imagini sau obiecte. Era capabil să indice sau să dea obiectul corespunzător sau imaginea corespunzătoare în urma unei solicitări scrise dar

niciodată în urma unei solicitări verbale; în paralel, a început să-şi folosească vocea modulând-o în repetarea unor foneme sau a unor cuvinte monosilabice.

Progresiv, a devenit un copil mai activ, mai interesat de ceea ce se petrecea în jurul său, care nu mai fugea de ceilalţi şi căuta compania altora. Imitaţiile verbale au fost în continuare destul de dificile, dar s-a putut observa prezenţa generalizării achiziţiilor în jocurile de asociaţie a ideilor, în activităţile de categorizare.

După 3 ani, ultimul *P.E.P.* aplicat a evidenţiat o evoluţie de până la 64 de puncte sau o vârstă de 3 ani şi 9 luni. Punctajul maxim îl obţine în trei domenii de dezvoltare: percepţie, motricitate globală şi fină, coordonare ochi-mână. S-a înregistrat un progres şi în celelalte domenii de dezvoltare dar rezultatele sunt încă insuficiente şi pot fi în continuare ameliorate.

Din punct de vedere clinic, el a suferit o transformare: este un copil care acum îşi priveşte interlocutorul, se joacă de preferinţă singur, dar participă la diverse activităţi şi nu mai ridică probleme de comportament nici în centru şi nici acasă. Doar limbajul a evoluat puţin, în special latura sa expresivă în comparaţie cu cea de comprehensiune.

Acest copil, normal din punct de vedere fizic, i-a determinat pe specialişti să înţeleagă marile dificultăţi în domeniul comprehensiunii verbale şi incapacitatea sa totală de a decoda orice mesaj transmis verbal; în compensaţie, memoria sa vizuală i-a permis să asimileze rapid jocuri din ce în ce mai elaborate, să se mobilizeze şi să fie interesat de activităţile propuse. Memoria vizuală a fost cea care i-a facilitat şi memorarea a numeroase cuvinte scrise, pentru a înţelege noţiunile elementare şi esenţiale pe care nu le-ar fi putut înţelege niciodată verbal.

Doar terapia educaţională a permis acestui copil şi celorlalţi, bineînţeles, să înveţe să trăiască, să se deschidă spre lume, ca orice copil, cu particularităţile sale, cu specificul său, cu propria-i personalitate.

Analizând diagramele de comparaţie a două categorii de subiecţi, beneficiari sau nu de terapii educaţionale adecvate pot fi reliefate anumite aspecte care pledează cauza celor dintâi.

La subiecţii care au beneficiat pe parcursul câtorva ani de tehnici şi modalităţi corectiv-compensatorii s-a remarcat: o ameliorare semnificativă a tulburărilor autistice în următoarele domenii comportamentale:

- o cedare în intensitate a fenomenului de agresivitate (atât a autoagresivităţii cât şi a heteroagresivităţii);

- adaptarea socială cu diminuarea retragerii şi a izolării precum şi a ignorării celorlalţi; o mai bună interacţiune socială;

- o cedare a intoleranţei la schimbare şi frustrări;

- o atenţie mai susţinută;

- dispariţia unora dintre stereotipiile gestuale şi ale unor
tulburări de conduită faţă de obiecte şi jucării.

S-au obţinut achiziţii majore în ceea ce priveşte autonomia personală:

- achiziţia controlului sfincterian; un somn mai satisfăcător;

- achiziţia abilităţilor de a se îmbrăca şi dezbrăca singuri;
formarea abilităţilor de a se hrăni singuri;

- dezvoltarea motricitatii globale şi fine.

Domeniul în care s-au înregistrat achiziţii minime este cel al limbajului verbal.

La subiecţii care nu au fost incluşi în nici o instituţie de educare şi care nu au beneficiat de nici o intervenţie psiho-pedagogică au devenit evidente:

- intensitatea accentuată a fenomenului de agresivitate, în special a celui de autoagresivitate;

- tulburările de conduită faţă de obiecte cu un caracter permanent;

- ignorarea celorlalţi;

- permanenta izolare de tip autist;

- lipsa interacţiunii sociale;

- perturbări grave în domeniul motricitatii globale şi fine;

- tulburări grave ale conduitelor alimentare;

- incapacitatea de fixare a atenţiei;

Pe de altă parte stadiile de dezvoltare sunt mult inferioare vârstei cronologice în ceea ce priveşte autonomia personală, şi anume:

- neachiziţia controlului sfincterian;

- lipsa aptitudinilor de hrănire individuală;

- lipsa abilităţilor de a se îmbrăca şi dezbrăca singuri;

- lipsa oricărei forme de limbaj;

- tulburări de adormire şi treziri matinale.

Aceste constatări nu fac decât să sublinieze necesitatea înfiinţării unor centre de zi specializate şi adaptate specificului acestui tip de tulburare comportamentală, în cadrul cărora să se poată institui terapiile şi tehnicile corectiv-compensatorii. Totodată trebuie avute în vedere şi următoarele aspecte:

1) asigurarea posibilităţilor de formare a specialiştilor în acest domeniu;

2) adaptarea unor măsuri în vederea integrării şcolare şi sociale după ce aceşti copii părăsesc grădiniţa;

3) importanţa muncii în echipă, a pluridisciplinarităţii acesteia (psiho-pedagogi, logopezi, psihomotricieni, psihologi, asistenţi sociali, pediatrii, neuropsihiatrii);

4) educarea părinţilor şi informarea lor cu privire la:

- diagnosticul de autism: ce înseamnă, cum se manifestă;

- tulburările asociate ce pot apărea (o eventuală apariţie a crizelor epileptice la pubertate şi a tulburărilor de comportament sexual);

5) antrenarea părinţilor în munca echipei, cu intenţia de a deveni colaboratori activi, parteneri efectivi în procesul recuperator;

7) punerea lor în legătură cu alţi părinţi care se confruntă cu aceleaşi probleme, în vederea eliminării sentimentului că sunt singurii în această situaţie.

3. Pedagogia generalizării în cazul autismului

Condiţiile optime ale învăţării sunt acelea în care contingenţele relaţiei educative suscită în manieră spontană o nouă competenţă în repertoriul subiectului, iar acest lucru se petrece într-un context cât mai natural. Nici un program sistematic, nici o tehnică explicită nu controlează sau înregimentează învăţarea. Astfel, input-ul sau stimulii veniţi din anturaj furnizează o mediere educativă care îl incită în mod natural pe subiect să prelungească, să extindă şi să transfere ceea ce a învăţat. In aceste condiţii, principiile educative sunt eficace, iar educatorul a ştiut să identifice ceea ce subiectul era

pregătit să înveţe (zona sa proximă de dezvoltare) pentru a alege astfel numărul exemplarelor necesare acestei generalizări. O contingenţă optimală se corelează cu un program educativ flexibil şi bogat şi nu cu o metodă aleasă la întâmplare, fără vreo mediere educativă.

Atunci când o persoană prezintă un deficit funcţional sau organic sau dacă mediul înconjurător nu oferă o stimulare adecvată (sub-stimulare sau supra-stimulare), generalizarea devine o problemă spinoasă. Condiţiile naturale sau incidentale devin insuficiente pentru asigurarea unei generalizări ale competenţelor exersate. Fără o programare explicită a generalizării, persoana cu deficienţe va întâmpina dificultăţi de a transfera ceea ce a învăţat într-o anumită situaţie înspre o alta. Această a doua condiţie este numită contingenţă de preevaluare controlată.

O a treia şi ultimă categorie o constituie cea a generalizării postintervenţie, care este articulată în momentul în care contingenţele naturale sau controlate nu au dus la un transfer al învăţării. Din acest moment, devine utilă intervenţia tehnicilor adiţionale. Cu toate acestea, dacă aceste intervenţii suplimentare sunt la fel de laborioase ca şi programul anterior, atunci se poate trage concluzia conform căreia generalizarea a fost un eşec. De asemenea, dacă este necesară elaborarea unui context similar celui amenajat în programul de intervenţie iniţial, nu se poate vorbi de o generalizare efectivă. Generalizarea trebuie să releve un transfer în condiţii diferite (persoane, contexte, comportamente, timp) de cele din cursul fazei de predare.

Orice program educativ vizează o generalizare a competenţelor predate, în caz contrar procesul de predare fiind considerat ineficient. Atunci când elevul generalizează, el demonstrează achiziţionarea unor cunoştinţe noi deoarece le poate aplica în alte sfere ale vieţii. Majoritatea programelor educative pentru copiii "normali" vizează fixarea naturală a generalizării şi a menţinerii competenţelor predate. Generalizarea nu este controlată în demersul pedagogic, iar testele recapitulative administrate la sfârşitul unui program verifică mai degrabă memorarea cunoştinţelor achiziţionate decât exercită un control asupra aplicării posibile a noţiunilor şi conceptelor predate în alte sfere de interese. Generalizarea este rareori abordată în manieră explicită în învăţământul obişnuit.

în cazul copiilor deficienţi, şi cu atât mai mult la autişti, generalizarea este extrem de problematică. A spera efectuarea de la

sine a unei generalizări spontane este o practică nerealistă. In consecinţă, programele educative pentru copiii autişti trebuie să aibă în vedere, în mod sistematic, generalizarea competenţelor, bazându-se pe o tehnologie care să controleze eficient dificultăţile majore întâmpinate de aceştia. Programul de generalizare nu trebuie totuşi realizat într-un context restrictiv care se dovedeşte incompatibil cu un transfer de cunoştinţe.

O perspectivă mai bună este aceea în care educatorii urmăresc obiective comune, în funcţie de metoda de predare exersată în diverse situaţii şi în diverse locuri. O altă

perspectivă interesantă este dezvoltată în cadrul intervenţiei comunitare intensive elaborată de Sailor şi de colaboratorii săi (1988), în funcţie de teoria pertinenţei contextuale (pertinenţa contextuală este un sistem organizat al consecinţelor prevăzute în momentul în care obiectivele personale sunt urmărite în contextul social natural al elevilor).

Pentru a contextual iza aceste două perspective de predare a generalizării, este necesară o expunere a problemelor generalizării în cazul autismului şi apoi prezentarea strategiilor şi tehnicilor principale care sunt menite să rezolve aceste probleme.

Problemele generalizării în autism

1. O primă problemă este legată de faptul că persoana autistă prezintă tendinţa de a răspunde la un număr restrâns de stimuli în momentul tratării informaţiilor verbale şi non-verbale care îi sunt prezentate. Autiştii "hiperselecţionează" un anumit tip de informaţii sau anumite aspecte ale acestora. In faţa unui stimul complex, cuprinzând proprietăţi vizuale, auditive şi tactile, ei nu răspund de cele mai multe ori decât la un singur tip de proprietăţi. In consecinţă, situaţia de predare trebuie să fie relativ detailată pentru a focaliza atenţia copilului asupra elementelor esenţiale ale unui concept sau cuvânt, mai ales dacă evenimentele anterioare care controlează iniţia! un comportament sau o performanţă sunt artificiale. în genere, după acestea urmează o privare sau o pierdere senzorială care solicită subiectul în mai mică măsură. In cazul unui control al evenimentelor anterioare trebuie în acelaşi timp să se menţină un context natural de predare şi să se prezinte un conţinut şi evenimente anterioare care se

completează, iar autistul să fie orientat spre fiecare element important al sarcinii.

2. Clasa răspunsurilor persoanei autiste este frecvent inadecvată: comportamente agresive, de automutilare şi de auto-stimulare perturbă deseori relaţia educativă. Aceste comportamente vor fi cu atât mai problematice în alte contexte de viaţă. Printr-un proces de predare prioritară a competenţelor care sunt generalizabile în sine, ca de exemplu, limbajul, jocul, aceste comportamente devin inoperante.

Metodele de reîntărire a răspunsurilor subiectului pun de asemenea probleme la două niveluri. Un program continuu de reîntărire este bine primit de copilul autist, dar dacă se schimbă contingenţele de reîntărire, el se adaptează cu dificultate. în ceea ce priveşte alegerea reîntăritorilor, deficitul social al autistului nu facilitează sarcina de trecere a reîntăritorilor materiali la reîntăritori sociali, care se dovedesc deseori ineficienţi într-un program educativ iniţial.

3. Persoana autistă rezistă în faţa schimbării. Dacă aceste contingenţe de reîntărire care au loc în mediul de învăţare sunt diferite de cele utilizate în mediul natural, autistul nu-şi

va menţine competenţele achiziţionate, adică, cu timpul, va pierde ceea ce a dobândit. Această problemă a menţinerii pare a se explica prin diferenţierea dintre situaţia de predare şi celelalte contexte de viaţă. Copilul autist nu realizează faptul că ceea ce a învăţat se aplică într-un alt context, chiar dacă cele două medii sunt diferite.

4. în pofida deficitelor severe de limbaj prezentate de copilul autist, predarea directă şi sistematică a competenţelor lingvistice suscită progrese lente, dar regulate. Pentru a contracara limbajul prefabricat pe care autistul îl manifestă frecvent, este necesară utilizarea unor strategii de mobilizare a verbalizărilor spontane şi originale, atât în situaţia de învăţare, cât şi în mediul natural. Se vizează aici o generalizare a răspunsului verbal.

5. O altă problemă majoră este legată de obiectivele globale ale curriculum-ului. Sarcinile de predare care nu sunt asociate vârstei cronologice a subiectului, cele care nu se întâlnesc în mediul natural şi cele predate într-un context controlat de către reîntăritori artificiali nu facilitează generalizarea competenţelor.

Strategiile de predare a generalizării

1) *Rezolvarea problemei controlului stimulilor* Obiectivul vizat este acela de a controla stimulii prin intermediul unui control extra-stimuli, adică printr-o amenajare a condiţiilor anterioare. La modul general, pentru un autist, condiţiile anterioare controlate în manieră prea strânsă (un pedagog într-un anume loc prezentând un consemn verbal precis) riscă să-l orienteze către o "hiperselecţionare" a unui număr restrâns de indicii, fapt care să determine neluarea în considerare decât a elementului sau elementelor prezentate. In loc să înveţe să generalizeze, el învaţă să discrimineze contextul de predare în raport cu alte contexte din viaţa sa. Condiţiile anterioare care ar facilita generalizarea sunt cele funcţionale, care au o probabilitate mai mare de ocurenţă în alte medii şi evenimente susceptibile de a fi întâlnite în mediul natural. Cu cât aceste evenimente anterioare se produc mai frecvent într-o zi sau o săptămână, cu atât mai multe vor fi ocaziile de a exersa performanţa-ţintă.

Trei sunt strategiile care asigură o pertinenţă funcţională a stimulilor prezentaţi:

a) prezentarea unui număr suficient de mare de exemple de stimuli. De exemplu, în cadrul predării conceptului de "scaun", o experienţă a diferitelor tipuri de scaune;

b) prezentarea de stimuli care sunt comuni cu cei din mediul natural, stimuli fizici şi sociali din propria viaţă, utilizarea unui calendar similar cu cel care se regăseşte la domiciliu sau într-un magazin pentru predarea noţiunii de timp;

c) un mod de predare variat din punctul de vedere al instrucţiunilor sau consemnelor şi reîntăririlor necesare pentru a realiza o ancorare maximă în mediul natural.

In ceea ce priveşte locul de învăţare, s-a dovedit faptul că generalizarea nu se face atunci când intervenţia se desfăşoară într-un singur Ioc. Ca o soluţie a acestei probleme au fost propuse o serie de strategii banale dar eficace:

- învăţarea în mediul natural utilizând stimuli având valoare funcţională;

- un program de reîntărire similar constant între situaţia de predare şi alte situaţii din viaţa subiectului;

- continuarea predării în alte contexte ale vieţii subiectului.

254_____ <u>Cristina Mureşan</u>

Teoria pertinenţei contextuale propune amenajări în contextul de mediu care să crească la maxim motivaţia elevului pentru învăţare şi pentru generalizarea unei noi competenţe. Pentru metoda educativă prezentată este necesară respectarea unor principii şi realizarea unui context de predare care să valorifice interacţiunile reciproce. învăţarea şi generalizarea unei competenţe sunt puse în valoare prin:

- alegerea competenţelor funcţionale;

- integrarea indicilor şi a consemnelor asociate proprii stilului
de învăţare al subiectului;

- întreruperea clişeelor stereotipe ale comportamentului.
Pertinenţa contextuală este operaţionalizată în funcţie de şapte

factori:

*competenţa predată trebuie să aibă o utilitate imediată, dacă nu esenţială, pentru învăţarea unei competenţe mai generale;

* competenţa este dorită de către elev, care alege în mod spontan să participe la dobândirea ei;

^competenţa este învăţată într-un context social; achiziţia sa este produsul interacţiunilor cu mai multe persoane privilegiate;

*competenţa este învăţată în contextele fizice actuale în care va fi exersată;

*competenţa este practică, adică ea îndeplineşte o necesitate resimţită în mod frecvent;

*competenţa este adecvată vârstei cronologice şi va facilita participarea la activităţile comunitare;

*competenţa este "adaptabilă", adică exersată în numeroase situaţii cu amenajări adecvate.

2) Rezolvarea problemei generalizării pentru evenimentele

importante

La nivelul controlului clasei răspunsurilor, este necesară predarea a numeroase tipuri de răspunsuri care se produc în mediul natural al copilului autist (competenţe funcţionale) sau răspunsuri care prelungesc interesele sau preferinţele fiecărui subiect. In plus, se caută formarea unui număr suficient de clase de răspunsuri, acestea reflectând diversitatea răspunsurilor posibile. Competenţele care trebuie predate cu prioritate sunt limbajul şi comunicarea, jocul adecvat, aprecierea reîntăririlor intrinseci şi a noilor reîntăriri sociale (Carr, 1980). De asemenea, este necesară adăugarea unei predări explicite a

generalizării sau a extensiunii răspunsurilor pentru alte situaţii care permit îmbogăţirea aplicaţiilor posibile a ceea ce a fost învăţat.

La nivelul reîntăritorilor, strategiile care par să favorizeze generalizarea sunt legate de o ajustare progresivă a contingenţelor naturale (iniţial, o reîntărire continuă care se estompează către o reîntărire intermitentă) imprevizibile. Un program variat de reîntăriri naturale îl motivează pe cel care învaţă să fie agentul propriei lui schimbări. Tehnica controlului personal prin auto-observaţie asupra comportamentului sau a performanţei se dovedeşte de asemenea favorizantă (Stokes, 1977).

3) Rezolvarea problemei menţinerii competenţelor

Menţinerea competenţelor funcţionale este facilitată de trei strategii: a) realizarea unei situaţii de predare cât mai apropiate posibil de situaţiile obişnuite de viaţă ale subiectului; b) introducerea contingenţelor de reîntărire naturale şi nediscriminative între mediul de predare şi celelalte contexte ale vieţii subiectului, acesta învăţând să se auto-reîntărească şi să se afirme ca agent al proprei sale schimbări; c) formarea părinţilor, profesorilor şi colegilor de vârstă în sensul aplicării în continuare a aceloraşi modalităţi de intervenţie în alte locuri. Generalizarea în timp sau menţinerea competenţelor învăţate sunt singurele domenii în care o serie de dovezi acumulate sprijină eficacitatea generală a formării părinţilor, cel puţin a părinţilor din clasa de mijloc. Părinţii trebuie să fie formaţi în mod specific pentru fiecare dintre competenţele care le sunt predate copiilor lor. în general sunt suficiente 25-50 ore de formare pentru părinţi, în comparaţie cu 225 ore de predare directă, într-un mediu structurat, pentru producerea unei ameliorări iniţiale la copil, o ameliorare durabilă mai pronunţată într-o gamă de comportamente (Koegel, 1980).

Factorul care pare să contribuie la eficacitatea formării părinţilor este competenţa în a aplica o tehnologie a controlului personal: auto-reîntărire, autoevaluare, autodiagnostic şi identificarea scopului care trebuie atins.

Pentru ca persoana care intervine în procesul de predare să poată avea o viziune mai completă asupra competenţelor funcţionale ale autistului, Sailor şi Guess (1983) au propus o matrice care urmează să fie completată de către toţi cei care participă la actul educativ:

Matricea prioritară a competenţelor funcţionale (Sailor & Guess, 1983)

Funcţii	Şcoală	Vocaţie	Domiciliu	Recreere	Comunitate
critice Masă Toaletă Mobilit. Comunic.					
expresivă Comunic, receptivă Interact.				■	
sociale					
orizontale Igienă, curăţenie Urgenţă/ securitate Abilităţi					
şcolare					
critice					

4) Rezolvarea problemei limbajului prefabricat Limbajul spontan este produsul unei intenţii sau al unei trebuinţe suscitate într-un context semnificativ. Este limbajul iniţiat de subiect şi nu răspunsul la o întrebare sau la un consemn al partenerului. Limbajul spontan este actualizarea conştientizării faptului că un context este sursa de indicii pentru o luare de cuvânt. Determinanţii unei producţii spontane în mediile naturale sunt un context cotidian, care prezintă un input limitat sau controlat de antecedente verbale şi care suscită o temă de conversaţie, şi un adult ale cărui atenţie şi aprobare sunt importante pentru

copil şi care-l va ajuta să aibă acces la un obiect material sau la diferite activităţi. Subiectul va deveni conştient că poate utiliza limbajul pentru a obţine diverse obiecte şi atenţia adultului. Actele sale de comunicare suscită schimbări pozitive în cadrul relaţiilor sale cu mediul, nu numai la nivelul valorii lor practice imediate, dar şi la nivelul motivaţiei, dorinţei de comunicare.

Atunci când subiectul prezintă o cerinţă spontan, el este imediat reîntărit de adult. In plus, adultul "predă" generalizarea imitaţiei propunând un *modeling* sau o extindere a cuvintelor emise de subiect. Pe măsură ce subiectul va iniţia cerinţe şi declaraţii spontane, vor fi introduse în situaţiile de comunicare combinaţii variate de antecedente verbale şi vizuale.

O astfel de metodă de predare se numeşte "predare în mediu", iar caracteristicile acesteia sunt prezentate în tabelul de mai jos, elaborat de Haelewyck şi Magerotte (1988).

Ocazii şi consecinţe ale predării in situaţii naturale şi ale "predării în mediu "

Situaţii naturale	Predare în mediu
Ocazii (dorinţe de interacţiune socială prezente) * Persoana nu poate folosi aceste ocazii	Aceleaşi ocazii ca şi în situaţiile naturale * Persoana este ajutată pentru a emite răspunsul adecvat
* Frecvente	* Frecvente
* Variabile	* Sistematice
* Nesistematice	* Reîntăritori funcţionali
* Reîntăritori funcţionali	

5) Rezolvarea problemei funcţionalităţii programului înainte de toate, este absolut necesară punerea de acord a tuturor celor care intervin asupra obiectivelor propuse pentru copiii autişti, obiective care trebuie să fie stabilite în funcţie de comportamentele problematice, de incompetentele subiecţilor în situaţiile specifice vieţii lor, care îi împiedică să fie participanţi la comunitate. Apoi este necesară o planificare riguroasă a activităţilor, adecvată momentului şi situaţiei respective. Un exemplu al acestei planificări este cel oferit de Egel (1980), bazat pe o sistematizare a activităţilor şi mediilor în care subiectul va fi solicitat să intre. Cele cinci etape ale acestui demers funcţional se definesc astfel:

a) o descriere şi o analiză a mediului natural al subiectului;

b) un inventar al sub-mediilor în care subiectul va activa;

c) un inventar al activităţilor pe care subiectul le va desfăşura
în aceste medii;

d) o descriere a competenţelor necesare pentru participarea la aceste activităţi;

e) un program de predare sistematică a sarcinilor, adecvat vârstei cronologice a subiectului, utilizabil în diverse medii naturale.

în cazul în care strategiile care facilitează generalizarea se dovedesc ineficiente în momentul începerii programului educativ individualizat, este necesară prefigurarea unor modificări secvenţiale ale condiţiilor în care învăţarea nu a fost satisfăcătoare: răspunsuri, subiecţi, locuri, antecedente. In fiecare din condiţiile problematice se cere revederea şi reamenajarea contingenţelor de reîntărire, acolo unde generalizarea nu a apărut. O astfel de contextual izare a condiţiilor optime de generalizare îl învaţă pe copii indicii discriminativi în activităţile semnificative ale vieţii, în scopul de a asigura existenţa unor competenţe în cadrul evenimentelor funcţionale naturale pe care va trebui să le înfrunte. Principiile generale ale intervenţiei educative în domeniul generalizării subliniate de cercetările actuale sunt, prin urmare:

1) câştigarea unui avantaj din reîntăritorii naturali;

2) predarea diversificată;

3) incorporarea mediatorilor funcţionali.

Strategiile asociate acestor trei principii constituie variabile independente de o generalizare scontată.

Concluziile care se desprind din acest capitol se referă la aprecierea cu precădere a tehnicilor comportamentale, ca metode folosite în terapia autismului, atât datorită rezultatelor obţinute de-a lungul timpului, cât şi datorită demersului extrem de logic al etapelor propuse. Aceste tehnici, care şi-au dovedit eficienţa, presupun însă investiţii substanţiale, fie că este vorba de suport material, fie că resursele solicitate sunt de ordin uman. O experienţă - chiar de proporţii reduse - în mediul românesc s-ar putea vădi deosebit de interesantă în contextul actual, antrenând mai cu seamă un factor decisiv, şi anume cel al *opiniei,* al toleranţei şi gradului de acceptare a *diferenţei.*

8. ELABORAREA UNUI PLAN COMPLEX DE INTERVENŢIE PENTRU COPIII AUTIŞTI

Daîrymple (1992) susţine prezenţa unor comportamente tipice, cărora li se pot asocia tehnici specifice şi soluţii posibile de intervenţie. Astfel, în măsura în care copilul autist:

• este rigid, inflexibil, aşteaptă un program stabilit înainte -*soluţiile posibile* sunt: manifestarea flexibilităţii; utilizarea imaginilor, pentru că programele ilustrate oferă informaţie vizuală; oferirea de alternative, care să-l înveţe să aleagă;

• insistă să menţină un mod propriu de acţiune, are dorinţe proprii şi nu-l interesează, nu se gândeşte la ceea ce vor cei din jur -*soluţiile posibile* sunt: interacţiuni sociale cu reguli stabilite; ajutor oferit copilului pentru a-şi lărgi sfera preferinţelor; tehnici prin care copilul este învăţat să-şi aştepte rândul, să împartă cu alţii;

• preferă să desfăşoare un număr limitat de acţiuni - *soluţiile posibile* sunt: planificarea timpului liber al copilului şi încurajarea sa în alegerea de activităţi variate; iniţierea activităţii în momentul în care copilul este pregătit şi doreşte să participe; introducerea treptată a elementelor de noutate, pentru a-i oferi posibilitatea să îşi lărgească sfera preferinţelor;

• întâmpină probleme în a rezolva situaţii simple, de fiecare zi - *soluţiile posibile* sunt: oferirea modelului şi utilizarea procedurii "pas cu pas", care poate fi vizualizată (analiză de sarcină); asigurarea măsurii în care copilul învaţă acolo unde deprinderea e utilizată, unde rezultatul poate fi înţeles şi aplicat; diversificarea cadrului de învăţare, pentru a ajuta copilul să-şi generalizeze deprinderile;

• preferă activităţi repetitive simple, scurte - *soluţiile posibile* sunt: instrucţiuni vizuale pentru secvenţele activităţilor desfăşurate; construirea învăţării pe suportul agreat de copil, adăugând încă un pas; detalierea pe etape şi apoi refacerea întregului, când toate etapele au fost învăţate; oferirea unei noi instrucţii, a cărei realizare să se obţină prin sintetizarea tuturor paşilor parcurşi şi învăţaţi anterior;

• este agitat dacă e corectat sau când simte că a făcut o

greşeală - *soluţiile posibile* sunt: profesorul poate anticipa situaţia şi oferi informaţii vizuale prealabile într-o formă concretă, pentru a ajuta copilul să rezolve sarcina corect; utilizarea feed-backului pozitiv în caz de reuşită; oferirea de informaţii vizuale despre modul corect de soluţionare a situaţiei, de corectare a greşelii prin intermediul imaginilor, acţiunilor model; prezentarea corecţiei pe un ton neutru (nu de ameninţare) şi oferirea de alternative pentru corectare sau pentru reluarea sarcinii de lucru; asigurarea copilului că toată lumea face greşeli şi chiar exemplificarea prin greşelile proprii;

• abandonează sarcina înainte de a o soluţiona - *soluţiile posibile* sunt: utilizarea semnificaţiei vizuale sub formă de hărţi, grafice, jetoane, fişe sau separarea paşilor pentru a facilita înţelegerea conceptului "terminat"; negocierea dinainte a timpului şi a mărimii sarcinii de lucru; învăţarea copilului să ceară ajutor şi specificarea situaţiei în care să ceară ajutor; oferirea datelor concrete sau a sarcinilor clare legate de terminarea pauzei şi de începerea activităţii şi oferirea acestor informaţii înaintea desfăşurării activităţii;

• are nevoie de ajutor, dar nu-l cere - *soluţiile posibile* sunt: tehnici de a învăţa copilul cum să ceară ajutor;

• vrea să facă anumite lucruri "acum" - *soluţii posibile* sunt: utilizarea indicatorilor pentru a sugera trecerea timpului; învăţarea strategiilor de a aştepta (tehnica respiratului adânc);

• se opune directivelor, în special dacă sunt utilizate indicaţii în formulări negative - *soluţiile posibile* sunt: formulări verbale pozitive (ce să facă vs. ce să nu facă); exprimare clară, în ritm moderat; oferirea timpului necesar între indicaţie şi începerea sarcinii; utilizarea gesturilor pentru a-I ajuta să înţeleagă;

• devine supărat când lucrurile se schimbă (de exemplu, alte persoane, timp, spaţiu) - *soluţiile posibile* sunt: utilizarea informaţiei vizuale pentru pregătirea momentului de schimbare (calendare, imagini); oferirea unui timp pentru a procesa, înţelege şi accepta schimbarea;

• se adaptează greu regimului activităţilor - *soluţiile posibile* sunt: antrenarea în activităţi diversificate; învăţarea câtorva tehnici de relaxare, când persoana e calmă şi exersarea lor de mai multe ori pe zi; organizarea secvenţelor învăţării, a spaţiului învăţării, astfel încât să ştie exact ce, unde, când şi cum să desfăşoare fiecare activitate; desfăşurarea activităţilor pe care copilul le doreşte ;

• urmează anumite ritualuri - *soluţiile posibile* sunt: oferirea

de informaţii clare, referitoare la momentul în care şi unde ritualurile sunt acceptate; învăţarea comportamentelor şi deprinderilor funcţionale; învăţarea şi practicarea unor activităţi noi pentru perioade scurte de timp, care oferă copilului oportunitatea de a învăţa să-i placă activitatea respectivă;

• manifestă abilităţi instabile de la o zi la alta - *soluţiile posibile* sunt: profesorul trebuie să fie constant, chiar dacă subiectul nu este; învăţarea unor tehnici de reducere a anxietăţii; suport oferit copilului în zilele dificile;

• foloseşte contactul vizual în mod neobişnuit, deseori îl evită, uneori îl iniţiază - *soluţiile posibile* sunt: stabilirea confidenţialităţii, pe baza căreia, treptat, va privi la cel de la care doreşte să obţină informaţia; învăţarea modului de focalizare a atenţiei prin utilizarea instrucţiunilor cu gesturi, cuvinte când e necesar;

• refuză ajutorul care implică contact fizic - *soluţiile posibile* sunt: copilul este întrebat dacă doreşte ajutor şi i se oferă informaţii despre activitatea care urmează să se desfăşoare; iniţierea contactului tactil care conduce la desensibilizarea persoanei la atingeri diferite; demonstrarea acţiunii şi munca în perechi;

• îşi astupă urechile, ţipă dacă aude zgomote - *soluţiile posibile* sunt: desensibilizare gradată la sunete care deranjează într-un anume fel; oferirea de informaţii despre sunet (când apare, de ce şi cum să stea departe de el); variante de-a evita sunetele deranjante (utilizarea căştilor, dopurilor de urechi, alegerea unor spaţii liniştite, etc.);

• are un îngust domeniu emoţional, demonstrează puţine exemple de empatie şi râde când alţii sunt răniţi sau au probleme -*soluţiile posibile* sunt: interpretarea emoţiilor; lărgirea şi etichetarea expresiilor emoţionale pe căi conştiente; utilizarea frazelor pentru exprimarea stărilor emoţionale;

• nu pare să înţeleagă cum şi de ce acţiunile sale îi afectează pe ceilalţi - *soluţiile posibile* sunt: stabilirea unor reguli clare, pozitive (să înţeleagă ce simte celălalt în situaţia creată); jocul de rol;

• devine agitat, agresiv, se loveşte şi distruge lucruri - *soluţiile posibile* sunt: copilul are anumite trebuinţe şi trebuie învăţat să le exprime cu succes prin cuvinte sau gesturi purtătoare de sens, precum "Lasă-mă", "Vreau să plec"; tehnici de relaxare: respiraţie adâncă, relaxare musculară, legănatul în balansoar;

• nu exprimă dorinţe de bază şi aşteaptă implicarea altor

persoane în îndeplinirea acestora - *soluţiile posibile* sunt: jocul în perechi, care facilitează comunicarea, împărtăşirea intereselor, dorinţelor;

• repetă sunete, silabe, cuvinte, învaţă filme, scenarii, fraze în acelaşi fel - *soluţiile posibile* sunt: oferirea alternativelor pentru a ajuta copilul să abordeze alte imagini, cărţi de poveşti etc; integrarea unor activităţi noi în programul copilului; crearea de poveşti despre viaţa reală; iniţierea şi utilizarea dialogului;

• repetă aceleaşi întrebări - *soluţiile posibile* sunt: oferirea informaţiilor despre activităţile noi şi secvenţele acestora; reformularea întrebării, oferirea altor variante de exprimare;

• execută mişcări tipice, bate din mâini, ca şi cu nişte aripi, învârte obiecte - *soluţiile posibile* sunt: utilizarea unor tehnici de relaxare (cu suport vizual); implicarea copilului în activităţi antrenante;

• devine supărat, se simte inconfortabil în spaţii largi, lift, scări etc. - *soluţiile posibile* sunt: oferirea informaţiilor asupra a ceea ce urmează şi când; alegerea timpului când mulţimea şi zgomotul sunt minime; desensibilizarea la aceste spaţii;

• miroase lucrurile sau gustă ceea ce nu e comestibil -*soluţiile posibile* sunt: activităţi cu alimente (educaţie senzorială);

• are probleme la toaletă - *soluţiile posibile* sunt: stabilirea rutinelor şi programului pentru toaletă, rutinele fiind însoţite de un set de instrucţiuni; tehnici de relaxare în timpul utilizării toaletei într-un mediu confortabil;

• are deprinderi neobişnuite de somn - *soluţiile posibile* sunt: stabilirea şi respectarea unor rutine de somn care fac copilul să fie calm (de exemplu, biscuiţi cu lapte şi poveşti înainte de culcare).

Planul de intervenţie se adresează psihopedagogilor, dar cuprinde şi sugestii pentru educatoare şi părinţi, pentru persoanele din anturajul copilului autist şi trebuie individualizat, selectându-se domeniile prioritare, necesare realizării unor progrese în dezvoltare.

Planul de intervenţie se axează asupra domeniului comunicării funcţionale, în general, al problemelor comportamentale, precum şi al autonomiei personale, vizându-se creşterea gradului de independenţă.

8.1. Planul individual de intervenţie

Dată fiind complexitatea şi profunzimea problemelor comportamentale ale copilului autist, specialiştii recomandă, în general, includerea copiilor şi tinerilor autişti în programe terapeutice individuale.

Astfel, pianul de intervenţie general pentru copiii autişti este adresat psihopedagogilor, urmărindu-se atingerea tuturor caracteristicilor care trebuie formate şi îmbunătăţite, cu obiective pe termen lung şi scurt, cu terapie organizată în funcţie de aceste obiective.

a) Definirea problemei

Peterson (1996), vorbind despre caracteristicile copilului autist, consideră că cele mai importante dintre acestea şi care definesc, de altfel, natura problemei în discuţie sunt următoarele:

1. Lipsă de interes faţă de alte persoane sau ca răspuns la interacţiunea cu alte persoane;

2. Eşec în dezvoltarea relaţiilor sociale adecvate nivelului de dezvoltare;

3. Lipsa spontaneităţii şi reciprocităţii în plan afectiv;

4. întârzieri semnificative sau absenţa totală a limbajului
şi/sau incapacitatea de a susţine şi de a iniţia conversaţii;

5. Aderenţă inflexibilă la repetiţii şi stereotipii motorii;

6. Arii de interes restrânse şi preocupări persistente pentru anumite obiecte sau părţi ale acestora;

7. Deficit accentuat Ia nivel intelectual şi cognitiv;

8. Rezistenţă la schimbarea mediului înconjurător;

9. Comportamente de autoagresiune (de exemplu, muşcare, lovirea capului).

b) Obiective pe termen lung

1. Realizarea scopurilor la nivel educaţional, comportamental şi social, identificate în planul educaţional individualizat;

2. Dezvoltarea deprinderilor de bază de comunicare şi a capacităţii de a comunica la nivel primar cu ceilalţi;

3. Stabilirea unei relaţii de ataşament primar între copil şi persoanele semnificative din jur;

4. Educarea membrilor familiei în sensul acceptării deficienţei copilului şi stabilirii unor expectanţe realiste faţă de comportamentele acestuia;

5. Angajarea în jocuri imitative, cu reguli simple;

6. Educarea copiilor în sensul acceptării schimbărilor în natură sau în mediu;

7. Eliminarea tuturor comportamentelor de autoagresiune.

c) Obiective pe termen scurt (Ia nivel individual)

1. Realizarea unei evaluări la nivel intelectual şi cognitiv;

2. Realizarea unei evaluări a limbajului;

3. Realizarea unei testări neurologice şi neuropsihologice;

4. Administrarea medicaţiei conform indicaţiilor;

5. Asigurarea cooperării din partea părinţilor la planul de intervenţie, individualizat în funcţie de rezultatul testării;

6. Complianţa cu schimbarea mediului în funcţie de necesităţi;

7. Creşterea verbalizărilor spontane în relaţiile cu terapeutul;

8. Eliminarea elementelor stranii din limbaj şi vorbire;

9. Creşterea frecvenţei comunicării şi interacţiunii cu ceilalţi;

10. Reducerea frecvenţei şi severităţii izbucnirilor de furie şi a schimbărilor de stare afectivă;

11. Reducerea şi, pe cât posibil, eliminarea totală a actelor de autoagresiune;

12. Participarea la jocuri sau activităţi cu părinţii sau alţi copii, zilnic câte 20 de minute;

13. Dezvoltarea unor deprinderi de bază, de autonomie personală şi independenţă;

14. Dezvoltarea deprinderilor de muncă, de bază, care permit copilului canalizarea interesului într-o manieră pozitivă spre activităţi utile.

d) Structura terapiei

1. Realizarea unei evaluări intelectuale şi cognitive pentru a obţine un profil psihologic al copilului autist, evidenţiind capacitatea şi deficienţele sale;

2. Evaluarea limbajului;

3. Evaluarea neurologică sau neuropsihologică ;

4. Oferirea unui feed-back părinţilor copilului autist în ceea ce priveşte rezultatele evaluărilor realizate;

5. Realizarea unei evaluări psihiatrice a copilului autist;

6. Colaborarea cu părinţii, profesorii şi alte persoane apropiate copilului, în ceea ce priveşte realizarea programului de intervenţie construit pe baza capacităţilor de care dispune copilul şi compensând deficienţele sale;

7. Colaborarea cu părinţii şi cu profesorii pentru integrarea copilului autist într-un centru de plasament, instituţii cu program rezidenţial sau educarea în cadrul familiei etc.;

8.Construirea relaţiilor deschise între copil şi profesor, constând în stabilirea contactului vizual, acordarea atenţiei, interesului, stimei, simpatiei şi a acceptării necondiţionate a acestuia;

9. Orientarea copilului autist spre un logoped, pentru a-şi îmbunătăţi vorbirea şi deprinderile de comunicare;

10. Proiectarea şi aplicarea unor programe de răspuns utilizând întăririle pozitive, pentru a facilita dezvoltarea limbajului copilului autist;

11. Oferirea suportului părinţilor, precum şi a unor metode utile pentru creşterea deprinderilor de comunicare ale copilului autist;

12. Utilizarea frecventă a frazelor şi recompensei pozitive, pentru a creşte nivelul cunoştinţelor copilului autist;

13. învăţarea părinţilor să practice unele tehnici de management comportamental (cum ar fi pauza, costul răspunsului, îndepărtarea privilegiilor) pentru a scădea stereotipiile ciudate ale vorbirii tipice autiste, excesul auto-stimulării şi pentru a tempera izbucnirile şi comportamentele autoagresive ale copiilor;

14. Proiectarea unui sistem de semne pentru clasă sau pentru programul pe care îl urmează copilul, pentru a îmbunătăţi deprinderile sociale ale acestuia, autocontrolul şi deprinderile de comunicare;

15. Dezvoltarea unui sistem de compensare sau a unui contract contingent, pentru îmbunătăţirea deprinderilor sociale şi controlul furiei;

16. Utilizarea unor tehnici terapeutice pozitive pentru a frâna, sau limita comportamentul de autoagresivitate prezent la copiii autişti;

17. Consilierea cu părinţii pentru a dezvolta intervenţia, pentru a stăpâni comportamentele de autoagresivitate ale copilului, utilizând recompensa pozitivă, costul răspunsului şi, dacă e necesar, restricţia fizică;

18. încurajarea membrilor familiei care să includă zilnic copilul autist în activităţi de joc sau muncă pentru 20 de minute;

19. Angajarea copilului cu concursul familiei într-o activitate (înot, mersul pe bicicletă) care ajută la construirea încrederii reciproce şi inducerea ideii de dependenţă;

20. încurajarea părinţilor "detaşaţi" de problemele copilului să se angajeze în viaţa lor zilnică în asemenea activităţi;

21. Instruirea părinţilor şi a membrilor familiei copilului autist cu privire la simptomele şi caracteristicile autismului;

22. Cooptarea părinţilor copilului într-un grup de suport;

23. îndrumarea părinţilor să-l înveţe pe copil deprinderi esenţiale de autonomie personală (de exemplu, periajul dinţilor, pieptănatul părului etc);

24. Monitorizarea şi asigurarea frecventă a *feed-back-ului* vizând progresele copilului autist în această direcţie;

25. Implicarea copilului într-un program de antrenament, mizând pe dezvoltarea deprinderilor mentale de muncă şi pe dobândirea progresivă a independenţei.

Planul individual propus trebuie inclus într-un plan general de recuperare a copiilor autişti, plan care necesită a fi revizuit, la trei luni, pe baza feed-back-urilor şi a rezultatelor obţinute.

Planul de intervenţie individualizat e bine să fie construit ţinându-se seama de următorii parametri:

- utilizarea informaţiilor obţinute prin intermediul evaluării realizate de cel care construieşte programul;

- implicarea părinţilor - ca o resursă valoroasă în construirea programului;

- cunoaşterea aprofundată a problemelor particulare ale copilului şi eliminarea situaţiilor care ar putea îngreuna obţinerea progreselor;

- evaluarea meticuloasă şi permanentă a progreselor înregistrate.

8.1.1. Programul în imagini — obiectiv al planului general

Detalierea şi lucrul efectiv cu acest program în imagini sunt necesare, deoarece deprinderile dobândite prin exersarea cu acest mijloc sunt obligatorii atât în planul de intervenţie în domeniul comunicării funcţionale cât şi, mai ales, în acela al dobândirii autonomiei personale.

Se ştie că majoritatea copiilor cu autism întâmpină dificultăţi în procesarea infonriaţiilor auditive, în vreme ce abilitatea de a procesa informaţiile pe cale vizuală le este bine dezvoltată. Astfel, planul de intervenţie s-a bazat pe considerarea capacităţilor funcţionale ale acestor copii şi dezvoltarea în continuare a altor abilităţi necesare.

Programul zilnic vizual al copiilor cu autism poate fi folosit pentru:

- utilizarea deprinderilor vizuale;

- raţionalizarea timpului pentru jucării/activităţi favorite;

- acceptarea instrucţiunilor din partea altor persoane;

- facilitarea formării deprinderilor profesionale viitoare şi construirea independenţei.

Utilizarea unui program vizual individual, prin folosirea zilnică a imaginilor, este o strategie care îl ajută pe copil să anticipeze şi să se pregătească pentru activităţile generale din timpul zilei. Tranziţiile devin astfel mai uşoare, expectanţele sunt mai clare şi copilul devine mult mai organizat în manifestări.

Programul e o cale de a-l face pe copil să devină mult mai independent, îl învaţă să interpreteze singur expectanţele, urmând instrucţiunile din mediu, în loc să depindă în permanenţă, pentru orice sarcină, de un adult.

Pentru copiii care devin preocupaţi de anumite activităţi, programul este o cale pozitivă de a le permite un anume timp pentru jucăriile/activităţile preferate. Cu alte cuvinte, văzând că în programul său este timp dedicat jocurilor preferate, copilul va fi mai puţin distras şi va putea mai uşor să se antreneze în sarcina de lucru.

Programul promovează flexibilitatea - programul de azi poate varia faţă de cel din ziua precedentă, activităţile şi secvenţele lor se pot modifica.

Ilustrăm mai jos modul de concepere a unui astfel de program în imagini, precum şi importanţa utilizării acestuia.

Programul individual vizual informează copilul asupra evenimentelor din timpul zilei, îl ajută să înţeleagă şi să-şi amintească ce are de făcut pe parcursul întregului interval de timp.

Programele individuale vizuale se construiesc pe diverse nivele de abstractizare şi pot apela curent la diverse obiecte concrete, imagini sau cuvinte scrise, în funcţie de nivelul de dezvoltare al fiecărui copil autist.

Pentru copiii cu nivelul funcţional scăzut, un program constituit din obiecte concrete este cel mai simplu şi mai potrivit. Programul se va învăţa pe secvenţe: mai întâi, va cuprinde primele trei activităţi ale zilei (de exemplu, o lingură reprezentând momentul

mesei, o jucărie indicând activitatea de joc etc.), ulterior, după derularea acestor activităţi, i se vor prezenta copilului şi celelalte activităţi, pe acelaşi model. După ce copilul ajunge să se raporteze în mod independent la acest program alcătuit din secvenţe, şi să înţeleagă semnificaţia şi rolul obiectelor, programul va putea fi expus în întregime, pentru a putea fi vizualizat şi urmăritglobal.

Odată ce o activitate s-a sfârşit, obiectul corespunzător acesteia va fi eliminat, copilul înţelegând astfel mai uşor care e pasul următor în program. Programul se poate construi atât pe verticală, cât şi pe orizontală, dar trebuie astfel plasat încât să permită copilului vizualizarea sa în întregime şi fără efort (primul obiect fiind plasat la nivelul ochilor).

Astfel, în program pot fi cuprinse obiecte reprezentative, ca de exemplu: o pensulă - pentru activităţi de pictură; plastilină - pentru modelaj; o pernă - pentru perioada de somn; o tobă - pentru activitatea muzicală. Obiectele pot fi alese în funcţie de interesele copilului, astfel încât să fie atras, motivat să acorde atenţie fiecărui element.

Pentru copiii autişti cu un nivel funcţional mai ridicat, care pot "citi" imagini şi înţeleg semnificaţia acestora, programul individual vizual poate fi construit pe bază de imagini.

Programul în imagini - desfăşurare pe verticală

în mod similar, în funcţie de fiecare copil în parte, se vor alege imagini care să aibă semnificaţie pentru o anume activitate. Astfel, de exemplu: imaginea unui casetofon - reprezentând activitatea muzicală; imaginea unor cifre desenate - reprezentând activitatea matematică; imaginea unui copil care doarme - reprezentând perioada de somn; imaginea unui copil care mănâncă -reprezentând ora mesei, etc.

După ce anumite activităţi devin rutină, programul poate fi simplificat, în sensul de a cuprinde doar acele perioade în care subiectul întâmpină dificultăţi de organizare. în acest sens, copiii dobândesc un nivel mai ridicat de organizare, înţelegere şi independenţă.

în situaţii speciale, în care un copil autist este integrat într-o grupă de copii cu deficienţe sau beneficiază de un profesor de sprijin, programul individual vizual poate fi prezentat pe un şorţuleţ purtat de către profesor, permanent, pe tot parcursul zilei.

8.1.2. Planul individualizat în domeniile comunicării, problemelor comportamentale şi autonomiei personale

Ghid de aplicare a planului de intervenţie

Prima şedinţă cu un copil autist poate fi extrem de dificilă. Una din caracteristicile definitorii ale copilului autist am văzut că este rezistenţa la instruire. Aceasta devine mult mai evidentă în primele minute ale intervenţiei.

Abordând problemele prin intermediul metodelor prezentate mai jos ("shaping", "prompting", "prompt fading", "chaining"), rezistenţa la instruire descreşte treptat.

Metode în măsură să încurajeze noile comportamente

Este de la sine înţeles că aceste metode trebuie să fie apropiate de nivelul de dezvoltare al copilului căruia i se adresează şi accesibile stilului său de învăţare.

Metoda "Shaping" (formare) se foloseşte în situaţia în care copilul nu are în repertoriul său deprinderea dorită. Avantajul este că leagă din aproape în aproape, răspunsurile pe care copilul le are, le încurajează, până când se ajunge la formarea deprinderilor dorite. Această metodă însă necesită multă răbdare, uneori durând săptămâni sau luni, până se ajunge la răspunsul urmărit.

Metoda "Prompting" ("sugestii", "îndemn") constă în modelarea răspunsului dorit din partea copilului, prin minimalizarea erorilor şi sugerarea direcţiei de urmat în formularea corectă a răspunsului aşteptat. Ajutorul oferit poate fi verbal, prin modelarea pe parcurs a răspunsului sau prin acordarea suportului fizic adecvat.

Metoda "Prompt Fading" ("scăderea sugestiilor") preconizează o diminuare treptată a acestui gen de ajutor, spre a nu se ajunge la o dependenţă totală a subiectului de acest mijloc de stimulare.

In fine metoda "Chaining" presupune "lipirea", asamblarea componentelor deprinderii, prinderea lor într-un "tot", respectiv într-o deprindere mult mai complexă (analiză de sarcină) şi rezidă într-o descriere, pas cu pas, a secvenţelor comportamentale necesare pentru a rezolva o sarcină.

8.1.3. Planul individualizat de intervenţie propriu-zis

Când se începe un program individualizat se porneşte în general de la un număr limitat de deprinderi propuse a fi învăţate.

Un asemenea plan individualizat de învăţare propus vizează cu necesitate următoarele arii de interes - imitaţia, competenţele verbale şi competenţele pre-şcolare şi poate fi desfăşurat după modelul de mai jos:

• *Imitaţia*

1. imitarea mişcărilor generale;

2. imitarea acţiunii cu obiectele;

3. imitarea mişcărilor fine;

4. imitarea mişcărilor la nivelul feţei;

5. imitarea unor acţiuni în paralel cu sunetele asociate;

6. imitarea unor aranjamente de cuburi;

7. copierea unor desene simple.

• *Competenţe verbale*

1. identificarea părţilor corpului;

2. identificarea funcţionalităţii părţilor corpului;

3. urmărirea unor instrucţiuni simple;

4. identificarea obiectelor;

5. identificarea unor imagini;

6. identificarea persoanelor familiare;

7. identificarea unor acţiuni;

8. identificarea unor obiecte din încăpere;

9. identificarea utilităţii obiectelor;

10. identificarea sunetelor din mediu;

11. denumirea persoanelor familiare;

12. manifestarea opţiunii;

13. identificarea unor emoţii;

14. identificarea prenumelor (eu/tu);

15. identificarea unor prepoziţii;

16. identificarea genului;

17. parcurgerea unei instrucţiuni verbale cu două sarcini.

• *Competenţe pre-şcolare*

1. găsirea obiectelor identice;

2. identificarea culorilor;

3. identificarea mărimilor;

4. identificarea formelor;

5. identificarea caracteristicilor obiectelor;

6. stabilirea succesiunii logice;

7. identificarea unor meserii.

8.2. Planul de intervenţie în grup

Este cunoscut faptul că unul dintre scopurile prioritare ale terapeutului este de a stabili o legătură cu copilul autist, de a-i capta atenţia şi interesul.

Studiile practice întreprinse de specialişti au dus la formularea ideii potrivit căreia terapia de grup, în cazul autismului, este nu numai un instrument util în mâna terapeutului, dar are şi o acţiune benefică privind relaţiile sociale, interumane.

Weihs (1998) consideră că eşecul de a-şi integra şinele reprezintă, probabil, esenţa autismului infantil. Astfel s-ar explica şi tendinţa copilului autist de a evita relaţiile interpersonale, deoarece comunicarea cu altcineva nu este posibilă decât în momentul în care ne recunoaştem sau ne percepem pe noi înşine ca persoane.

Terapia de grup, prin intermediul unor activităţi care să vizeze educaţia senzorială, poate facilita conştientizarea propriului corp, acceptarea de sine şi în acest fel o mai bună adaptare la mediul înconjurător.

Scopul programului este, altfel spus, de a reduce frecvenţa comportamentelor tipice autismului şi totodată de a îmbunătăţi relaţiile interpersonale, la nivelul grupului avut în vedere.

8.2.1. Descrierea detaliată a planului de intervenţie de grup

Pornind de la caracteristicile comportamentale ale copilului autist şi, în special, de la atitudinea sa de izolare faţă de mediu, cu o totală indiferenţă faţă de persoanele din jur şi cu reacţii de protest când acestea se apropie de el, am considerat necesar ca terapia de grup să pornească de la unele activităţi de joc, care să faciliteze comunicarea şi în care copiii să se simtă confortabil.

Astfel, dintre tipurile de terapie care se folosesc pentru autişti, s-au organizat activităţi de grup incluzând meloterapia, terapia de relaxare şi masajul.

Meloterapia şi terapia de relaxare în autismul infantil

Se ştie că utilizarea masajului, a relaxării condiţionate aduce o îmbunătăţire a conştientizării sinelui şi un mai bun control al comportamentului complex al autistului.

Unul dintre scopurile practicării masajului şi a relaxării este de a induce o stare de calm, când muşchii încep să se destindă, respiraţia devine mai adâncă şi corpul e sub control.

Starea de tensiune, care cauzează disconfort (copilul fiind sau nu conştient de acest fapt) şi energia consumată în contracţii musculare, conduc la procesarea informaţiilor în mod neadecvat, informaţia ajungând la alte canale senzoriale şi determină absenţa atenţiei. Abilitatea de a se relaxa, deci de a participa la învăţarea unor noi deprinderi este un scop important. învăţarea relaxării şi masajului necesită un echipament specific, adecvat: simboluri, materiale, muzică, spumă, pene, pernă, etc.

Profesorul trebuie să asigure un mediu adecvat, reducând pe cât posibil stimulii externi, care pot perturba activitatea. Fiecare copil va avea în acest spaţiu comun un "spaţiu propriu, bine delimitat de o pătură, o saltea etc. Masajul în cazul copiilor trebuie să ia forma jocului (de exemplu, masaj -"Prăjitură", "Furtună"etc.) care să stârnească interesul şi angajamentul copiilor.

învăţarea şi exersarea respiraţiei corecte are un efect benefic asupra reducerii anxietăţii şi poate fi atinsă prin exerciţii - joc, utilizându-se jucării de suflat, morişca, paiul (în apă), umflatul babanelor, baloane de săpun.

în spaţiul unde se va desfăşura activitatea pot fi create şi învăţate anumite posturi sau elemente care indică începutul şi/sau sfârşitul activităţii (de exemplu, activitatea începe când toţi copiii sunt întinşi pe podea, şi se termină când muzica încetează sau când suflăm lumânarea).

Antrenarea copiilor în acest gen de activitate va facilita şi dezvoltarea imitaţiei. Mulţi copii, însă, întâmpină dificultăţi în a respecta anumite poziţii (de exemplu, a sta întins pe spate pe podea), simţindu-se în această poziţie vulnerabili şi expuşi, ori având tendinţa de a ridica uşor capul pentru a vedea ce se întâmplă.

Dalrymple (1992) aprecia că gradul conştiinţei de sine şi al încrederii pe care le posedă copilul sunt demonstrate în abilitatea sa de a adopta această poziţie (întins pe spate, pe podea).

Muzica utilizată în relaxare şi masaj depinde de tipul de

exerciţii ales. Sunt bine primite de copii atât ritmurile vioaie (cântece pentru copii), cât şi cele foarte lente, depinzând de momentul audiţiei sau de starea lor generală.

Muzica ocupă un rol important în terapie. în cazul copiilor cu autism, *meloterapia* este utilizată pentru stabilirea unui alt tip de comunicare, diferit de cel verbal. Meloterapia conduce treptat la diminuarea tensiunilor, reducerea agresivităţii, îmbunătăţirea cooperării şi determină o stare de bine, de deconectare, bucurie şi încântare.

Muzica declanşează trăiri afective din cele mai variate, reuşind să creeze stări psihice pozitive; reprezintă o sursă de energie, un stimulent al voinţei, o cale de sensibilizare, dar, mai mult, educă şi dezvoltă procese psiho-intelectuale.

Mişcarea pe fond muzical ameliorează în special imaginea corporală: jocurile muzicale şi dansul care implică diverse mişcări ale membrelor conduc la ameliorarea psihomotricităţii.

Conştientizarea corpului are o importanţă crucială pentru dezvoltarea tuturor funcţiilor psihice. Imaginea corpului (care înglobează schema corporală şi vizează cunoaşterea funcţiilor diferitelor componente) nu se învaţă numai prin vizualizare, ci şi prin simţuri (tactil, olfactiv, gustativ, auditiv), precum şi prin corelaţia dintre acestea.

Exerciţiul senzorial se desfăşoară permanent, însă copilul autist necesită suport, o organizare a stimulilor în situaţii concrete de învăţare, care să permită dezvoltarea cunoaşterii senzoriale.

Exerciţiile senzoriale, jocurile senzoriale diferă în funcţie de nivelul de dezvoltare al copilului.

Astfel, sunt eficiente jocurile de manipulare a obiectelor (utilizându-se iniţial în joc obiecte preferate de copil), copilul având posibilitatea de a afla cât mai multe informaţii despre proprietăţile obiectului studiat prin intermediul propriilor simţuri (tact, văz, gust, miros, auz), ajungând treptat la cunoaşterea funcţiilor diferitelor componente ale corpului.

în acest fel, copilul autist va învăţa o modalitate eficientă de abordare a unei noi situaţii şi adaptarea la aceasta.

Adaptarea trebuie concepută ca prioritate fundamentală a unui organism de a-şi modifica funcţiile şi structurile în raport cu schimbările cantitative şi calitative ale mediului înconjurător.

Adaptarea şi integrarea socială constituie necesităţi obiective

ale vieţii pentru copilul autist, integrarea însemnând familiarizarea cu mediul, acomodarea cu noi cerinţe, presupunând totodată modificarea unor stereotipii vechi şi punerea lor de acord cu o nouă situaţie.

Copilul autist are nevoie de un program educaţional de autonomie personală şi socială care să asigure terapia, recuperarea, abilitarea şi reabilitarea, facilitând astfel adaptarea şi integrarea socială. In acest sens, se organizează activităţile de grup, cu câte 5 copii, desfăşurându-se două asemenea tipuri de activităţi pe săptămână.

Pentru ultimele patru şedinţe de acest fel, se formează grupe mixte, incluzând atât copii cu autism (3, 4 copii) cât şi copii cu alte tulburări (3, 4 copii). Lucrându-se astfel, s-au constatat îmbunătăţiri evidente de relaţionare, acceptare şi toleranţă atât din partea copiilor autişti faţă de ceilalţi, cât şi din partea celorlalţi faţă de copiii autişti.

Activităţile de grup trebuie să aibă o astfel de structură încât să faciliteze atât antrenarea copiilor autişti şi menţinerea interesului, cât şi înţelegerea pe deplin a paşilor parcurşi în activitate.

In cazul copiilor cu un nivel mai ridicat al abilităţilor sociale, munca în perechi *(Shared Activity Groups)* este eficientă, copiii având aceeaşi sarcină în acelaşi timp şi lucrând mereu împreună câte doi.

Pentru fiecare copil autist este important ca, înainte de a participa la activităţiile de grup de acest gen, să reuşească să rezolve sarcina în mod independent. Elementul nou, de a lucra în perechi, îl va învăţa pe copil o deprindere nouă.

Activităţile de grup *(Common Activity Groups)* dezvoltă independenţa copiilor autişti; le permit şi facilitează stabilirea şi/sau îmbunătăţirea relaţiilor interpersonale. Se pot desfăşura, de pildă, activităţi precum "Puzzle groups", unde li se prezintă copiilor mai multe jocuri de puzzle, sarcina grupului fiind de a completa toate puzzle-urile împreună, mişcându-se de la un joc la altul.

Jocurile complete vor fi plasate într-un loc stabilit anterior (de exemplu, într-un coş), iar sarcina de lucru a grupului va fi considerată terminată când toate puzzle-urile vor fi adunate astfel la un loc. După aceeaşi idee o multitudine de jocuri, cunoscute de copii şi rezolvate anterior individual, pot constitui o sarcină de grup.

8.2.2. Sugestii pentru cadre didactice şi părinţi

Scopul prezentării acestora a fost de a dezvolta la persoanele cu care copilul interacţionează în mod direct (profesori, părinţi) o seamă de abilităţi optime de relaţionare şi comunicare cu aceştia, precum şi unele abilităţi de control comportamental eficient.

Procesul normal de dezvoltare se desfăşoară aproape natural pentru copiii fără probleme în acest sens. Pentru părinţii acestor copii este clar şi evident suportul acordat copilului prin oferirea modelelor, prin construirea unui mediu ambiant sigur. Un părinte cu un copil autist în schimb, trebuie să se pregătească în mod special să înfrunte provocările ivite pe parcursul acestui îndelung şi dificil proces.

Majoritatea părinţilor îşi asumă rolurile de educatori şi susţinători ai propriului copil autist. Unii dintre aceştia sunt capabili să le îndeplinească pe ambele. în fiecare rol adoptat, părinţii pot oferi cele mai bune perspective pentru copilul lor, cunoscându-i nevoile curente şi sugerându-i stilul de învăţare care i se potriveşte.

Mai mult decât atât, în timp ce profesorii de sprijin şi specialiştii intervin în viaţa copilului secvenţial, pe anumite perioade, părintele rămâne constant alături de copilul aflat în dificultate.

Părinţii constituie fundamentul învăţării acasă, care include şi susţinerea şi continuarea programelor din instituţia şcolară frecventată de copil ca şi învăţarea deprinderilor sociale. Părinţii trebuie să aibă puterea de a învăţa şi explica metodele instrucţionale eficiente în dezvoltarea propriului copil, fiind obligaţi şi să-şi achiziţioneze ei înşişi deprinderile necesare pentru a depăşi problemele comportamentale ale programului copilului autist. Numai astfel vor izbuti să participe în mod activ la procesul de recuperare şi dezvoltare a copilului: asumându-şi un roi în construirea programului copilului şi monitorizându-i progresele.

Aceste sugestii se adresează, prin urmare, deopotrivă, educatoarelor şi părinţilor ca factori de bază ai programelor avute în vedere.

Fiecare defineşte, desigur, *provocarea comportamentală* a copilului autist în funcţie de experienţa proprie, de valorile proprii, de capacitatea personală de a se implica. Unii profesori se supără când un copil e "neastâmpărat", alţii nu se îngrijorează. Definiţia "comportamentului problemă" este corelată, de obicei, cu un comportament care deranjează şi care se doreşte a fi oprit. Profesorul adevărat trebuie să tindă însă, în mod paradoxal poate, a se simţi tot mai "confortabil"

cu aceste provocări comportamentale dacă doreşte realmente o schimbare în bine. "Confortabil" nu înseamnă, evident, a tolera fără discernământ, ci a evita orice tensiune păgubitoare procesului ca atare. Astfel, sunt necesare:

- recunoaşterea situaţiilor care generează comportamentul;

- împărtăşirea situaţiilor cu colegii;

- extinderea alternativelor pentru a preveni, ori interveni în aceste situaţii inconfortabile.

In special în cazul unui comportament cu probleme care se manifestă pe o durată mai lungă de timp profesorul este "provocat" a rămâne constant şi fidel cu expectanţele sale de corectare, de reuşită.

Orice problemă de comportament, a copilului autist, care se manifestă în mod repetat, are o funcţie comunicativă, implică un anume scop din partea acestuia. Deficienţele comportamentale sunt un sindrom al neînţelegerii, al lipsei de abilităţi în a comunica propriile nevoi, al prezenţei unor situaţii dificile pentru copil (zgomot puternic, aglomeraţie, etc.), al prezenţei unor stării de disconfort fizic. Ar fi greşit a le socoti drept comportamente intenţionate şi deliberate, menite a răni, a supăra sau umili pe cineva.

Astfel, foarte importantă este înţelegerea cauzei comportamentului. Aceste comportamente trebuie interpretate ca încercări ale copilului de a comunica o varietate de mesaje diferite cum ar fi:

- "îmi ceri ceva prea dificil pentru mine";
- "nu înţeleg ce vrei de la mine";
- "vreau, un anume lucru, acum";
- "sunt plictisit, acordă-mi un pic de atenţie".

Atenţia profesorului trebuie să se concentreze în a-l învăţa pe copil căi de comunicare accesibile şi acceptate din punct de vedere social.

Schopler (1995) în opinia căruia prevenţia este un scop în sine, consideră că o posibilitate de a preveni devierile comportamentale este de a te asigura că, în fiecare moment, copilul e activ şi implicat într-o activitate.

Pentru aceasta, materialele, activităţile trebuie să fie desigur atractive pentru copil, apropiate de nivelul său de dezvoltare, de interesele sale. însă, mulţi copii nu se antrenează în activităţi în mod independent. Acesta este îndeosebi cazul celor cu autism sever. Aceştia necesită un suport din partea adultului, munca în perechi

pentru alegerea unei activităţi, şi doar după un timp vor putea alege singuri o activitate.

Programul zilei, bine organizat şi consistent, poate preveni în general manifestarea frecventă a comportamentelor problemă, nedorite, aşa cum învăţarea rutinelor poate contribui la învăţarea comportamentelor dorite din partea copilului. Programul zilei trebuie să fie conştientizat de copii, ei trebuie să ştie ce şi când fac.

Problemele comportamentale se accentuează şi se manifestă îndeosebi când copilul nu are nimic de făcut.

Pentru a facilita învăţarea unor comportamente, profesorul trebuie să găsească *strategiile care să promoveze comportamentele dorite.*

în primul rând trebuie să se construiască anumite reguli care să fie înţelese de copii. Pentru o bună înţelegere a acestora, copiii pot participa la constituirea lor. Regulile trebuie să fie expuse în sală cu ajutorul imaginilor, simbolurilor, pentru ca fiecare copil să le perceapă şi să le respecte. De asemenea, este importantă înţelegerea de către copii a consecinţelor regulilor şi a condiţionării aplicării lor.

In situaţia în care aceste metode eşuează şi comportamentul nedorit persistă, este necesară o apropiere mai directă şi intensivă de factorii perturbatori şi, la nevoie, un ajutor extern, din partea echipei de specialişti în măsură să constituie alte strategii, potrivite copilului în cauză.

In concluzie, obiectivele generale ale programului au vizat:

1. Identificarea caracteristicilor tipice autismului, ca probleme ce afectează comportamentul copilului şi anturajul acestuia.

2. Reducerea apariţiei comportamentelor tipice autismului (izolare, lipsă de comunicare şi relaţionare, agresivitate).

3. Achiziţia unor deprinderi de autonomie personală şi a unor abilitaţi de comunicare şi de autocontrol şi, în acest sens, de creştere a gradului de independenţă al copilului.

Atât intervenţia individuală şi de grup, cât şi sugestiile adresate cadrelor didactice şi părinţilor, au fost gândite pe sistemul paşilor, al etapelor de realizare, în funcţie de natura problemei abordate. Paşii au fost sistematizaţi şi prezentaţi în ordinea importanţei realizării lor, fiind adaptaţi situaţiilor existente. Totuşi, în funcţie de aspectele particulare ale fiecărei situaţii, ordinea lor poate fi modificată, la fel şi gradul de complexitate.

Prin prezenţa, în structura terapiei, a sugestiilor adresate

cadrelor didactice şi părinţilor, care vin în contact direct cu copiii autişti, se aşteaptă o eficienţă ridicată a programului, precum şi o continuitate a acestuia, prin adoptarea unor măsuri convergente cu cele abordate de specialiştii implicaţi în procesul terapeutic.

De asemenea, se aşteaptă ca, în urma aplicării acestui program la toate nivelele, să fie atins scopul declarat al intervenţiei, şi anume, promovarea independenţei personale a copilului autist, prin îndeplinirea fiecărui obiectiv, aspect care va duce la ameliorarea relaţiilor interpersonale şi facilitarea integrării sociale a acestor copii.

CONCLUZII

Caracterizat printr-o diversitate extrem de mare a manifestărilor şi printr-o complexitate uimitoare a aspectelor vieţii pe care le implică, autismul infantil constituie o problemă majoră a psihiatriei şi psihologiei contemporane. Chiar dacă nu putem vorbi astăzi de o vindecare a autismului, "recuperarea" parţială a unor cazuri, datorită efectelor complementare ale investigaţiei medicale şi psihologice multiple şi ale tehnicilor capabile să realizeze evitarea excluderii sau supraretardării copiilor atinşi de această maladie, este o certitudine încurajatoare.

Lucrarea de faţă şi-a propus clarificarea unor aspecte ale acestei "enigme", cunoscută sub denumirea de autism, încercând să redea un orizont de speranţă aceastei categorii de copii vitregiţi de soartă, copii nevoiţi să trăiască într-o lume aparte care include însă numeroase vicisitudini. Acestea se referă la multiplele probleme comportamentale mergând de la o autoagresivitate extrem de periculoasă, până la heteroagresivitatea care este greu de suportat şi pentru anturaj, la problemele de comunicare atât afectivă cât şi verbală, la problemele legate de achiziţia independenţei personale şi la cele ale integrării în societate.

Cercetările actuale în domeniu sunt axate pe studiul dezvoltării precoce a patologiilor asociate, pe metodele de evaluare clinică a comportamentelor de comunicare şi pe evaluările biologice bazate pe folosirea progreselor neuroştiinţelor, toate acestea având implicaţii profunde pentru modul de abordare terapeutică. Astfel, se consideră că autismul reprezintă o tulburare de dezvoltare, incluzând atât un retard al dezvoltării, cât şi o dezvoltare atipică, cu manifestări care nu sunt observate în cazul altor copii cu retard mintal sau în cel al unui copil normal cu vârstă cronologică inferioară.

Rareori întâlnit în forma sa cea mai tipică, autismul se poate prezenta sub forme foarte diverse cu un potenţial evolutiv variabil: unii copii rămân pe tot parcursul vieţii cu deficienţe profunde, alţii reuşesc o inserţie socială satisfăcătoare, dificultăţile relaţionale care

necesită o susţinere specială şi o reorganizare a mediului lor înconjurător menţinându-se însă în permanenţă. Observaţia cotidiană pare a demonstra faptul că îngrijirile şi o educaţie specializată timpurie sunt susceptibile de a favoriza sau de a accelera, în multe cazuri, stabilirea unor relaţii cu ceilalţi şi achiziţia unui limbaj bazai urmat de cunoştinţe şcolare minime.

Aşa cum am afirmat şi în capitolul consacrat etiologiei, cauza primară a autismului este deocamdată necunoscută (dacă există cu adevărat o cauză unică, ceea ce este de asemenea discutabil). Acelaşi lucru se poate spune despre existenţa vreunui remediu "miraculos", fiind vorba doar de medicamente care să trateze unul sau mai multe simptome, nicidecum sindromul.

Poate că tocmai această enigmă a unui copil, ce pare normal din punct de vedere fizic, dar e "închis" într-un refuz al comunicării, explică, cel puţin parţial, virulenţa controverselor ideologice legate de autismul infantil.

Autismul a fost şi rămâne astăzi, mai mult ca oricând, un "mălai discordiei", o sursă de conflicte ideatice, în care intervin, în mod dramatic şi paradigmatic, marile întrebări ale psihiatriei şi psihologiei, deschizând noi perspective de dezbatere. Este oare vorba de o tulburare înnăscută sau dobândită, de o anomalie ereditară sau de efectul cumulat al dificultăţilor relaţionale precoce? Autismul este oare legat de un deficit, de o tulburare a funcţionării unei structuri cerebrale sau a unei instanţe psihice? Este, din contră, o apărare, o protecţie pe care copilul şi-o asigură închizându-se în "cochilie" şi refuzând contactele cu alţii, care l-ar deranja şi l-ar dezorganiza? Trebuie oare considerat ca o boală, o suferinţă, un vertij de angoase care pot fi calmate şi eventual tratate? Agentul cauzal e el organic, e o leziune cerebrală genetică sau dobândită în cursul embriogenezei, sau această cauză trebuie căutată în patologia secretă a părinţilor, în legăturile acestei patologii cu cea a ascendenţilor lor, adică în ceea ce astăzi se numeşte "transgeneraţional"?

Tocmai pentru a încerca un răspuns cât de cât acceptabil la aceste întrebări, am pornit de la consideraţii generale, realizând iniţial anumite delimitări conceptuale ale fenomenului studiat. De asemenea, am amintit şi cauzele posibile care pot sta la baza apariţiei autismului, cauze care, din păcate, nu sunt elucidate încă, în pofida numeroaselor încercări şi experimente realizate pe plan internaţional.

Am detaliat apoi criteriile diagnostice în autism şi diag-

nosticul diferenţial, pentru a contura şi delimita cât mai precis caracteristicile manifeste.

Am prezentat caracteristicile definitorii ale autismului, surprinzând totodată şi particularităţile copilului autist la vârsta preşcolară, în perioada prepubertăţii şi în cea a adolescenţei.

Au fost trecute în revistă şi o serie de metode de evaluare extrem de utile pentru realizarea profilurilor comportamentale ale subiecţilor, precum şi pentru alcătuirea demersului terapeutic.

Am considerat necesară, mai apoi, prezentarea unor tehnici şi strategii posibile de intervenţie, insistând asupra celor care s-au dovedit a fi mai eficiente şi mai puţin agresive pentru acest copil extrem de sensibil.

Progresul în privinţa studiului semiologic şi al recunoaşterii diferitelor aspecte clinice ale autismului infantil presupune o observaţie completă cât mai timpurie, care să permită evaluarea parametrilor ce pot valida ulterior diagnosticul. Interesul pentru această

evaluare apare de asemenea pentru stabilirea prognosticului şi pentru indicaţiile terapeutice adecvate.

Atunci când este vorba de "provocările comportamentale" ale copilului autist, trebuie să ţinem cont de faptul că ele au o funcţie comunicativă; pe această cale, copilul încearcă să transmită celor din jur propriile nevoi şi stări emoţionale. Lipsa abilităţilor adecvate de comunicare duce la apariţia unui sindrom al neînţelegerii, de unde, câteodată, reacţiile neputincioase şi/sau nepotrivite ale celor din jur. De aceea, considerăm necesară o abordare terapeutică integrativă, care să îmbine cele trei planuri: individual, şcolar şi familial, în care specialiştii şi nespecialiştii să formeze o echipă al cărei scop principal să devină diminuarea situaţiilor generatoare ale acestor tipuri de comportamente, precum şi a comportamentelor în sine.

Am dori însă să punem în evidenţă disponibilitatea pe care trebuie să o manifeste psihologul şi psihopedagogul în tentativele de apropiere de copilul autist. Posedând capacităţile şi mijloacele pe care aceste fiinţe nu le au, este mult mai uşor pentru noi să înţelegem, printr-un efort consecvent, printr-o observare minuţioasă şi o reflecţie orientată, modul lor de reprezentare a mediului înconjurător. înainte de a le cere să se adapteze modului nostru de a concepe lumea, trebuie să încercăm să pătrundem în "fortăreaţa goală" descrisă de Bettelheim, în lumea acestor însinguraţi pe care pare să-i anime doar "pulsiunea tanatică". Dacă a fi părintele ori educatorul unui autist este , de multe

ori, deosebit de frustrant din punct de vedere afectiv sau al investiţiei de efort, a fi autist este cu siguranţă mult mai dramatic.

Din nefericire, nu se poate vorbi deocamdată de vindecarea autismului, se poate însă încerca ameliorarea tulburărilor comportamentale, conferindu-i subiectului autist o acceptabilitate crescută pentru anturajul său, dar şi pentru el însuşi. Nu este vorba doar de a "normaliza"; intervenţiile sunt întotdeauna concepute în spiritul valorizării persoanei, vizând asigurarea unei calităţi a vieţii cât mai apropiate de cea normală.

Drumul care se cere parcurs e fără îndoială anevoios şi rareori gratifiant. Dar tocmai de aceea el trebuie încercat, căci, undeva, la "capătul nopţi i"există, poate, raza de speranţă a unei noi treziri la viată.

BIBLIOGRAFIE

Adrien, I.L., C. Barthelemy, M. Boiron, P. Dansart, G. Couturier, D. Sauvage, G. Lelord (1991), *L'Evaluation du developpement mental des jeunes enfants presentant des troubles graves du developpement (autismes et retards severes) et interventions psychoeducatives,* in *L'intervention en deficience mentale,* sous la direction de J.-C. Grubar, Ş. Ionescu, G.

Magerotte, R. Salbreux, Lille, Diffusion Presses Universitaires de Lille, coli. "Travaux et recherches".

Adrien, J. L. (1988), *L'examen psychologique des enfants autistiques,* in "Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence", 36.

Ainsworth, M. D. S. (1982), *Attachment: retrospect and prospect,* in Parkes, C. M., Stevenson, H. (eds.), "The Place of Attachment in Human Behavior", London, Tavistock.

Alvin, J. (1970), *Music for the Handicapped Child,* New York, Oxford University Press.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th edn *(DSM-IV),* Washington DC, American Psychiatric Association.

Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România (1993), *DSM-III-R,* Bucureşti.

Asperger, H. (1944), *Die Autistischen Psychopathen in Kindesalter,* trad engl. in Frith, U., *Autism and Asperger Syndrome,* Cambridge University Press, 1991.

Asperger, H. (1998), *Les psychopathes autistiques pendant Venfance,* Plessis-Robinson, Institut Synthelabo, trad, et readaptation.

*** Autisme. *L'Education et revaluation des personnes autistes (Modele Teacch de Schopler), Recherche documentaire R07* (1991), Vl-eme ed., Mons, Universite de Mons-Hainaut.

*** Autisme. *L'Education et revaluation des personnes autistes (Modele Teacch de Schopler), Documents de travail* (1993), Mons, Universite de Mons-Hainaut.

Baron-Cohen, S. (1989), *The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay,* in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 30, 2.

Baron-Cohen, S., J. Allen, C. Gillberg (1992), *Can autism be detected at 18 months?,* in "British Journal of Psychiatry", 161.

Baron-Cohen, S., H. Tager-Flusberg (1993), *Understanding Other Minds. Perspectives from Autism,* New York, Oxford University Press.

Baron-Cohen, S., A. Leslie, U. Frith (1985), *The autistic child's theory of mind,* London, British Psychological Society.

Baron-Cohen, S., A. Leslie, U. Frith (1985), *Does the autistic child have a theory of mind?,* in "Cognition", 21.

Barthelemy, C, G. Lelord (1995), *Autisme. Therapie d'echange et de developpement,* Paris, Expansion Scientifique Francaise.

Barthelemy, C, G. Lelord (1991), *Echelles devaluation en psychiatrie clinique,* Paris, Expansion Scientifique Francaise.

Bateson, G., D. Jackson, J. Haley (1956), *Toward a theory of schizophrenia,* in "Behavioral Sciences", I.

Bauman, M., T., L. Kemper (1985), *Hystoanatomic observations of the brain in early infantile autism,* in "Neurology", 35 (6).

Bauman, M. L. (1991), *Microscopic Neuroanatomic Abnormalities,* in "Pediatrics", 87-79l-796.

Bender, L. (1960), *Autism in children with mental deficiency,* in "American Journal of Mental Deficiency", 63.

Berquez, G. (1983), *L'autisme infantile. Introduction a une clinique relationnelle selon Kanner,* Paris, P.U.F.

Berkson, G. (1990), *Repetitive stereotyped behaviors,* in "American Journal of Mental Deficiency", 88.

Bettelheim, B. (1967), *The Empty Fortress. Infantile Autism and the Birth of the Self,* New York, Free Press, MacMillian Publishing.

Blackstock, E. G. (1978), *Cerebral asymmetry and the development of infantile autism,* in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 8.

Bosch, G. (1970), *Infantile Autism,* New York, D. Jordan & I. Jordan, Springler-Verlag.

Bowlby, J. (1970), *Attachment and Loss,* vol. I, London, The Hogarth Press.

Brunei", J. S. (1975), *La capacite de conjonction de 1'attention visuelle chez le tresjeune enfant,* in "Nature", 253.

Bruner, J. S. (1983), *Le developpement de Venfant : savoir faire, savoir dire,* Paris, PUF.

Bruner, J. S., C. Feldman (1993), *Theories of mind and the problem of autism,* in S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism,* Oxford, Oxford University Press.

Bullinger, A. (1989), *Locomotion, posture et manipulation manuelle chez Venfant autiste,* in *Autisme et troubles de developpement global de Venfant,* dir. Lelord, G., Muh, J.-P., Petit M., Sauvage, D., Paris, Expansion Scientifique Francaise.

Carr, E. G. (1980), *Generalization of treatment effects following educational interventions with autistic children,* in B. Wilcox & A. Thompson, *Critical Issues in Educating Autistic Children and Youth,* U. S. Department of Education.

Carr, E. G., Durând, V.M. (1985), *Reducing behavior problems through functional communication training,* in "Journal of Applied Behavior Analysis", 18.

Charlop, M.H. (1986), *Setting effects on the occurrence of autistic children's immediate echolalia,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 16.

Coleman, M., C. Gillberg (1986), *Biologie des syndromes d'autisme,* Paris, Ed. Maloine.

Cook, R. E., A. Tessier, M. D. Klein (2000), *Adapting Early Childhood Curricula for Children in Inclusive Settings,* New Jersey, Merrill Prentice Hall.

Corbett, J. (1982), *Epilepsy and the electroencephalogram in early childhood psychoses,* in Wing, J. K., Wing, L. (eds), *Handbook of Psychiatry*, London, Cambridge University Press.

Courchesne, E., G. A. Press, J. R. Hesselink, T. L. Jernigan (1988), *Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism,* in "New England Journal of Medecine", 318 (21).

Dalgleish, B. (1975), *Cognitive processing and lingvistic reference in autistic children,* in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 5.

Dalrymple, N. (1992), *Helpful Responses to Some of the Behaviors of Individual with Autism,* Indiana University.

Damasio, A. R., R. G. Maurer (1978), *A neurological model for childhood autism,* in "Archives of Neurology", 35 (12).

De Myer, M. K, J. N. Hintingen, R. K. Jackson (1981), *Infantile autism reviewed: A decade of research,* in "Schizophrenia Bulletin", 7.

Dentsch Smith, D. (2001), *Introduction to Special Education,* USA, Allyn and Bacon.

Dicţionar de psihiatrie şi de psihopatologie clinică -Larousse (1998), Bucureşti, Ed. Univers Enciclopedic.

Dolto, F. (1985), *La cause des enfants,* Paris, Ed. Robert Laffont.

Duche, D.J. (1969), *Les psychoses de Venfant,* Rapport du Congres de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Francaise, Bruxelles.

Egel, A. L. (1980), *The effects of constant versus varied reinforcerpresentation on responding by autistic children,* in "Journal of Experimental Child Psychology", 3.

Fezster, C. B. (1961), *Positive reinforcement and behavior deficitis in autistic children,* in "World Development", 32.

Fletcher, W.B. (1995), *Mental development and insanity of children,* in "International Clinic".

Fordham, M. (1965), *Contribution ă une theorie de I'autisme infantile,* in "La psychiatrie de l'enfant", 8, 1.

Frith, U., S. Baron-Cohen (1987), *Perception in Autism,* in Cohen D. J., Donnellan, M. (eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, Wiley & Sons.

Frith, U. (1989), *Autism: Explaining the Enigma,* Cambridge, MA: Blackwell Publishers.

Frombonne, E. (1994), *Etudes des itineraires d'enfants autistiques et psychotiques et de lew devenir a I'adolescence et ă Vage adulte,* in "Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence", l-2.

Garreau, B., C. Barthelemy, D. Sauvage, G. Lelord (1984), *A comparision of autistic syndromes with and without associated neurological problems,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 14.

George, M. S., D. C. Costa. H. A. Ring, P. J. E11 (1992), *Cerebral blood flow abnormalities in adults with infantile autism,* in "Archives of Neurology", 35.

Ghiran, V., F. Iftene (1996), *Aspecte de psihiatrie clinică şi socială a copilului şi adolescentului,* Cluj-Napoca, Ed. Genesis.

Gillberg, C. S, Steffenburg (1987), *Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population study of 46 cases followed through puberty, in* "Journal of Autism and Developmental Disorders", 17.

Gillberg, C. (1991) *The treatment of epilepsy in autism,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 21.

Goldfarb, W. (1956), *Receptor preferences in schizophrenic children,* in "Archives of Neurology and Psychiatry", 76.

Goldstein, K. (1959), *Abnormal conditions in infancy,* in "Journal of Nervous and Mental Diseases", 128.

Goshen, C. E. (1963), *Mental retardation and neurotic maternal attitudes,* in "Archives of General Psychiatry", 76.

Grandin, T. (1992), *An inside view of autism,* in E. Schopler, G. Mesibov (eds.), *High functioning Individuals with Autism,* New York, Plenum Press.

Haelewyck, M.-C., G. Magerotte, N. Montreuil (1988), *line methode facilitant la generalisation : Le milieu "teaching",* in *Etat de recherche en deficience mentale* (Premier congres international francophone, Lausanne, AIRHM).

Happe, F., U. Frith (1997), *Central coherence and theory of mind in autism: Reading homographs in context,* in "British Journal of Developmental Psychology", 15.

Harlow, H. F. (1958), *The Nature of Love,* in "American Psychologist", 12.

Hauser, S. L., G. R. DeLong, N. P. Rosman (1975), *Pneumographic findings in the infantile autism syndrome: a correlation with temporal lobe disease,* in "Brain", 98.

Heely, A. F., G. E. Roberts (1965), *Tryptophan metabolism in psychotic children,* in "Dev. Med. Child Neurol.", 7.

Ffermelin, B., N. O'Connor (1970), *Psychological Experiences with Autistic Children,* Oxford, Pergamon.

Hobson, R. P. (1993), *Autism and the Development of Mind,* London, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Hobson, R. P. (1983), *The autistic child's recognition of age-related features of people, animals and things,* in "British Journal of Developmental Psychology", 4.

Hobson, R. P. (1989), *Beyond cognition. A theory of autism,* in Dawson, G. (ed.), *Autism,* New York, The Guilford Press.

Hochmann, J. (1997), *Pour soigner Venfant autiste,* Paris, Ed. Odile Jacob.

Holmes, N., R. Hemsley, J. Rickett, H. Likierman (1982), *Parents as cotherapists: Their perceptions of a home - based behavioral treatment for autistic children,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 4.

Horwitz, B., J. M. Rumsey, C. L. Grady (1988), *The cerebral metabolic landscape* in *autism: Intercorrelations of regional glucose utilization,* in "Archives of neurology", 45.

Houzel, D. (1985), *Nouvelles approches psychopathologiques de Tautisme infantile,* in Lebovici, S., R. Diatkine, M. Soule (1985), *Nouveau trăite de psychiatrie de 1 'enfant et de I 'adolescent,* tome 2, Paris, Presses Universitaires de France.

Howlin, P., M. Rutter (1987), *Treatment of Autistic Children,* Chichester, John Wiley & Sons.

Hutt, C, C. Ounsted (1966), *The biological significance of gaze aversion with particular reference to the syndrome of infantile autism,* in "Behavioral Science", 11.

Iwata, B.A., M.F. Dorsey, (1994), *Toward a fonctional analysis of self-injury,* in "Journal of Applied Behavior Analysis", 27.

Jackson, L. (1972), *Non-speaking children,* in "British Journal of Medical Psychology", 23.

Jacobson, R., A. LeConteur, P. Howlin, M. Rutter (1988), *Selective subcortical anomalies in autism,* in "Pyschological Medecine", 18.

James, A. L., R. J. Barry (1980), *A review of psychophysiology in early onset psychosis,* in "Schizophrenia Bulletin", 6.

Jongsma, A. E., L. M. Peterson, W. P. Mclnnis (1996), *The Child and Adolescent Psychotherapy Treatment Planner,* New York, John Wiley & Sons.

Jordan, R., S. Powell (1995), *Understanding and Teaching Children with Autism,* Chichester, John Wiley & Sons.

Kanner, L. (1943), *Autistic Disturbances of Affective Contact,* in "Nervous Child", 2.

Kanner, L. (1971), *Follow up study of eleven autistic children originally reported in 1943,* in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia".

Kaufman, B. N. (1976), *Son Rise,* New York, Harper and Row.

Koegel, R.L., Egel, A.L., Williams, M. (1980), *Behavioral contrasts across settings in teaching autistic children,* in "Journal of Experimental Psychology", 5.

Konstantareas, M, E. Blackstock (1981), *Initiation ă l'autisme,* Montreal, Societe Quebecoise pour Enfants Autistiques.

Lacan, J. (1981), *Origine et fin de mon enseignement.* Conference â Lyon en 1967, in "Bulletin de liaison du CES de psychiatrie de Lyon".

Ladouseur, R., O. Fountaine, J. Coltraux (1993), *Therapie comportamentale et cognitive,* Paris, Masson.

Lebovici, S., F. Weil-Halpen (1989), *Psychopathologie du bebe,* Paris, Presses Universitaires de France.

Lebovici, S., R. Diatkine, M. Soule (1985), *Nouveau trăite de psychiatrie de I'enfant et de I'adolescent,* tome 2, Paris, PUF.

Lefort, R. (1988), *Les structures de la psychoses,* Paris, Seuil.

Lewis, M.H., Baumeister, A.A. (1987), *A neurobiological alternative to the perceptual reinforcement hypothesis of stereotyped behavior: a commentary on self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement,* in "Journal of Applied Behavior Analysis, 11.

Lichstein, K.L., R. G. Wahler (1976), *The ecological assessment of an autistic child,* in "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 4, 1, New York, Plenum Press.

Lotter, V. (1974), *Factors related to outcome in autistic children,* in "Journal of Autism and Childhood Scizophrenia", 4.

Lovaas, O., J. P. Berberich, B. F. Perloff, B. Schaeffer (1966), *Acquisition of imitative speech by schizophrenic children,* in "Science", 151.

Lovaas, O., A. Litrownik, R. Mann (1971) *Response lateness to auditory stimuli in autistic children engaged in self-stimulatory behavior,* in "Behavior Research and Therapy", 9.

Lovaas, O., C. Schreibman (1971), *Stimulus overselectivity of autistic children in a two stimulus situation,* in "Behavioral Research Therapy", 9.

Lovaas, O., R. Koegel, J. Q. Simmons, J. S. Long (1973), *Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy,* in "Journal of Applied Behavior Analysis", 6.

Lovaas, O. (1977), *The Autistic Child: Language Development through Behavior Modification,* New York, Wiley.

Lovaas, O, (1987), *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functionning in young autistic children,* in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 55.

Magerotte, G., M. Deprez (1992), *L'education des enfants et des adolescents autistes,* Projet Caroline, Annexes, Universite de Mons-Hainaut.

Mahler, M. (1968), *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation,* vol. I: *Infantile Psychosis,* New York, International Universities Press.

Maier, N.R.F. (1961), *Studies of Abnormal Behavior in the Rat,* New York, Harper Collins.

Mannoni, O. (1965), *hard et son sauvage,* in "Les Temps Modernes", 233.

Marcelii, D. (1983), *La position autistique. Hypotheses psychopathologiques et ontogenetiques,* in "Psychiatrie de l'enfant", 26,1.

Martineau, J., F. Laffont, G. Lelord (1980), *Event-related potentials evoked by sensory stimulation in normal, mentally retarded and autistic children,* in "Electroencephalographic Clinical Neurophysiology", 48.

Massie, H. (1978), *The early natural history of childhood psychosis. Ten case studies by analysis of family home movie of the infancies of the children,* in "J. Am. Acad. Child. Psychiatry", 17.

Mazet, P. (1990), *Dysfonctionnements interactifs precoces et evolution autistique ulterieure,* in *Autisme et psychoses de I 'enfant,* dir. Mazet, P., Lebovici, S., Paris, PUF.

Mazet, P., S. Stoleru (1993), *Psychopathologie du nourrison et dujeune enfant,* Paris, Masson, coll. "Abreges de Medecine".

Messerschmitt, P. (1990), *Clinique des Syndromes Autistiques,* Paris, Ed. Maloine.

Metz, J. R. (1967), *Stimulation level preferences of autistic children,* in "Journal of Abnormal Psychology", 72.

McBrige, N., C. Logie (1995), *Critical Teaching Concepts for Children with Autism,* TEACCH Program, South Carolina.

Meese, R. L. (2001), *Teaching Learners with Mild Disabilities,* Wadsworth, Thomson Learning.

Milcent, C. (1991), *L'autisme au quotidien,* Paris, Ed. Odile Jacob.

Miller, Y., D. Yoder (1974), *An ontogenie language teaching strategy for retarded children,* in Schrefelbush, R. L., Lloyd, L. L. (Ed.), *Language Perspectives - Acquisition, Retardation and Intervention,* Baltimore, University Park. Press.

Minkowski, E. (1999), *Schizofrenia,* Bucureşti, Ed. IRI.

Mises, R., N. Quemada (1993), *Classification Franqaise des Troubles Mentawc de I'Enfant et de TAdolescent,* 3-eme ed., Paris, PUF.

Mises, R., R. Perron (1993), *L 'adolescence des enfants autistiques eţ psychotiques,* in "Neuropsychiatrie de l'Enfance et de I'Adolescence", l-2.

Nelson, C. A., M. Luciana (2001), *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience,* part 3 - *Neurodevelopmental Aspects of Clinical Disorders; Emotion and Cognition Interactions,* Massachussets, Institute of Technology.

Ornitz, E. M., E. R. Ritvo (1968), *Perceptual inconstancy in early infantile autism,* in "Archives of General Psychiatry", 18

Ornitz, E. M., D. Guthrie, A. J. Farley (1977), *Early development of autistic children,* in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 7.

Park, C. C. (1982), *The Siege. The First Eight Years of an Autistic Child,* New York, Back Bay Books.

Parks, S. L. (1983), *The assessment of autistic children: A selective review of available instruments,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 13.

Piaget, J. (1952), *The Origins of Intelligence in Children,* New York, International Universities Press.

Piaget, J. (1954), *The Construction of Reality in Child,* New York, Basic.

Piaget, J., B. Inhelder (1972), *Psihologia copilului,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

Powell, S., R. Jordan (1997), *Autism and Learning,* London, David Fulton Publishers.

Prior, M. R. (1977), *Psycholinguistic disabilities of autistic and retarded children,* in "Journal of Mental Deficiency Research", 21.

Prizant, B., J. Duchan (1981), *The function of immediate echolaUa in autistic children,* in "Journal of Speech and Hearing Disorders", 46.

Reynolds, C. R., R. W. Kamphaus (1990), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children. Personality, Behavior and Context,* New York, Guilford Press.

Rimland, B. (1964), *Infantile Autism,* New York, Appleton.

Ruesch, J. (1976), *Disturbed Communication,* New York, W.W. Northon.

Rutter, M. (1970), *Autistic children: Infancy to Adulthood,* "Seminars in Psychiatry", 2.

Rutter, M. (1974), *The development of infantile autism,* in "Psychological medecine", 4.

Rutter, M., E. Schopler (1978), *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment,* New York, Plenum Press.

Rutter, M. (1985), *Infantile Autism and Other Pervasive Developmental Disorders,* in Rutter, M., Hersov, L., *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches, 2"* . Ed., London, Blackwell Scientific Publications.

Rutter, M., A. H. Tuma, I. S. Larm (1988), *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology,* New York, Guilford Press.

Sailor, W., (1983), *Severely handicapped students: An instructional design,* Boston, Houghton Mifflin.

Sander, L. W. (1962), *Issues in early mother-child interaction,* in "Journal of the American Academy of Child Psychiatry", 1.

Sarvis, M. S., P. Garcia (1961), *Etiological Variables in Autism,* in "Psychiatry", 24.

Sauvage, D. (1984), *Autisme du nourrison et dujeune enfant* (lere ed.), Paris, Masson.

Schopler, E., R. Y. Reichler (1979), *Individual Assessment and Treatment for Autistic and Developmental^ Disabled Children,* vol. I, in *P.E.P.* "Autism", TX, Pro-Ed.

Schopler, E., M. Lansing, L. Waters (1999), *Activities d'enseignementpour enfants autistes,* Paris, Masson.

Schopler, £., G. Mesibov, K. Hearsey (1995), *Structured Teaching in the TEACCH System,* University of North Carolina.

Schopler, E., G. Mesibov (1986), *L'acquisition des competences sociales,* New York, Plenum Press.

Schopler, E., G. Mesibov (1992), *High-functioning Individuals with Autism,* New York, Plenum Press.

Schopler, E., Lansing, M., Waters, L. (1993), *Activites d'enseignement pour enfants autistes,* Paris, Masson.

Seguin, E. (1846), cit. de Mannoni, O. (1965), *hard et son sauvage,* in "Les Temps Modernes", 233.

Sigman, M, J. A. Ungerer. P. Mundy, T. Sherman (1987), *Cognition in autistic children,* in Cohen, D.J., Donnellan, A. M. (eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, Wiley & Sons.

Simmons, J., C. Baltaxe (1975), *Language patterns of adolescents autistics,* in "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", 5.

Sinclair-De Zwart, H., B. Inhelder, I. Lezine (1972), *Les debuts de la fonction symbolique,* in *Modeles animaux du comportement humain,* Paris, CNRS.

Sherman, M., R. Nass, T. Shapiro (1984), *Brief report: Regional cerebral blood flow in autism,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 14.

Soulayrol, R. G, M. Sokolowsky, J. Viondury, C. Mouiinas, O. Cazes (1987), *Le dos, un mode d'approche preferenciel chez I'enfantpsychotique?,* in "Neuropsychiatrie de l'enfance", 35 (1).

Spitz, R. A. (1964), *The derailment of dialogue,* in "Journal of the American Pychoanalytic Association", 12.

Stokes, T. F,, D. M. Baer, (1977), *An implicit theory of generalisation,* in "Journal of Applied Behavior Analysis", 10.

Szurek, S.A. (1973), *Attachment and psychotic detachment,* in Szurek, S. A., Berlin, I. N. (eds), *Clinical Studies in Childhood Psychoses,* New York, Brunner/Mazet.

Tager-Flusberg, H. (1981), *On the nature of linguistic functionning in early infantile autism,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 11.

Tanguay, P. E., R. Asarnow (1985), *Schizophrenia in children,* in R. Michaels ed., *Psychiatry,* Philadelphia, Lipincott.

Tanguay, P., R. M. Edwards, J. Buchwald, V. Alien (1982), *Auditory brainsten evoked responses in autistic children,* in "Archives of General Psychiatry", 39.

Tinbergen, E. A., N. Tinbergen, (1983), *Early childhood autism: An ethological approach,* in "Advances in Ethology, Journal of Comparative Ethology", 10, Berlin, Paul Berry.

Tubbs, V. K. (1966), *Types of linguistic disability in psychotic children,* in "Journal of Mental Deficiency Research", 10.

Tustin, F. (1972), *Autism and Childhood Psychosis,* London, The Hogarth Press.

Vidal, J.-M. (1990), *Reper age dans le fonctionnement psychique d'autistes adultes, questions etiques, epistemologiques et cliniques, m* "Revue francaise de psychiatrie", 8, 4.

Vidal, J.-M. (1992), *"Theory of mind" ou "theory of love"? Un eclairage ăpartir des symptomes autistiques, in Developpement de Venfant. Approches comparatives,* sous la direction de M. Deleau, A. Weil-Barais, PUF.

Vidal, J.-M. (1993), *Discontinues psychiques entre animaux et humains - eclairage sur la monade autistique,* in "Psychiatrie de F enfant", 36.

Volkmar, F. R. (1998), *Autism and Pervasive Developmental -Disorders,* Cambridge University Press.

Ward, A. J. (1972), The use *of structural therapy in the treatment of autistic children,* in "Psychotherapy: Theory, Research and Practice", 9.

Watson, L., C. Lord, B. Schaffer, E. Schoppler (1989), *Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children,* New York, Irvington.

Weihs, T. J. (1998), *Copilul cu nevoi speciale,* Cluj-Napoca, Ed. Humanitas.

Wetherby, A. (1984), *Possible neurolinguistic breakdown in autistic children,* in "Topics in Language Disorders", 4.

Wetherby, A., C. Prutting (1984), *Profiles of communication and cognitive-social abilities in autistic children,* in "Journal of Speech and Hearing Research", 27.

Willems, E. P. (1974), *Behavioral technology and behavioral ecology,* in "Journal of Applied Behavior Analysis", 7.

Wing, L. (1987), *Aspects of Autism. Biological Research,* Oxford, Alden Press, Gaskell Psychiatry Series, The National Autistic Society.

Wing, L. (1981), *Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 11.

Wing, L., J. Gould (1977), *Symbolic play in severely mentally retarded and autistic children,* in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 18.

Wing, L. (1980), *Autistic Children: A Guide for Parents,* London, Constable.

Winnicot, D. W. .(1962), *The Maturational Process and the Facilitating Environment,* London, Hogarth Press.

Wolf, M. M., T. Risley, H. Mees (1964), *Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child,* in "Behavior Research and Therapy", I,

World Health Organisation (1990), *Mental Disorders: a Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the l(f*^{h} *revision of the International Classification of Diseases (ICD-l0),* Geneva, World Health Organisation.

Wulff, S. B. (1985), *The symbolic and object play of children with autism: a review,* in "Journal of Autism and Developmental Disorders", 15.

http://perso.wanadoo.fr/gerard.mercuriali/comprendreautisme/On affirmait.html

http://perso.wanadoo.fr/gerard.mercuriali/therapJesEducatives/Educati on.html

http://perso.wanadoo.fr/gerard.mercuriali/therapiesEducatives/Socialis ation.html

http://people.sca.uqam.ca/~sqa/lovaasf.html
http://people.sca.uqam.ca/~sqa/ArticleLebeau.html

\